

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância  
Turma 8**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da atenção à saúde da pessoa com Hipertensão Arterial e/ou  
Diabetes Mellitus na UBSF S21, Manaus/AM**

Juan Luis Licea Tamayo

**Pelotas, 2015**

Juan Luis Licea Tamayo

**Melhoria da atenção à saúde da pessoa com Hipertensão Arterial e/ou  
Diabetes Mellitus na UBSF S21, Manaus/AM**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Curso de Especialização em Saúde da  
Família EaD da Universidade Federal de  
Pelotas em parceria com a Universidade Aberta  
do SUS, como requisito parcial à obtenção do  
título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Fabiana Barros Marinho Maia

Pelotas, 2015

T153m Tamayo, Juan Luis Licea

Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus na Ubsf S21, Manaus/AM / Juan Luis Licea Tamayo; Fabiana Barros Marinho Maia, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

106 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Maia, Fabiana Barros Marinho, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Com a realização deste trabalho tão importante para o melhoramento da saúde dos usuários hipertensos e diabéticos dedico seus resultados a todas as pessoas que ajudaram a fazer realidade meu sonho de ser médico, em especial para meu pai.

## **Agradecimentos**

A Deus por me proporcionar grandes oportunidades na minha vida.

A minha família e ao meu amor pelo incentivo ao trabalho e aos estudos.

A minha orientadora pelo estudo e dedicação.

A toda minha equipe de trabalho da UBSF S21 pela dedicação, amor e responsabilidade no desenvolvimento do trabalho.

A todos meus colegas pelo apoio e ajuda.

A todos os que, de alguma maneira, contribuíram para a realização desse trabalho tão importante para melhorar a situação de saúde dos hipertensos e diabéticos.

## Resumo

TAMAYO, Juan Luis Licea. **Melhoria da atenção à saúde da pessoa com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus na UBSF S21, Manaus/AM.** 2015. 101f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

Nas estatísticas de saúde pública percebe-se que a hipertensão arterial e diabetes mellitus têm alta prevalência e baixas taxas de controle, sendo por isso considerada um dos mais importantes problemas de saúde pública. Neste trabalho foi realizada uma intervenção pela equipe de saúde da família da Unidade Básica de saúde S21 da comunidade da Raiz, Manaus, AM. O objetivo foi melhorar a atenção a saúde dos usuários com hipertensão e/ou diabetes. Para a abordagem dos usuários foi realizado cadastramento e a estratificação de risco cardiovascular, seguida de abordagem direcionada, com agendamento de consultas conforme prioridade, organização de grupo de educação em saúde, encaminhamentos para especialistas nos casos em que houver indicação e criação dos grupos. A partir de implementação na rotina da UBS do atendimento organizado aos usuários com hipertensão e diabetes, aumentou a adesão da população as mudanças de estilo de vida e uso correto das medicações, sendo que durante o transcurso da intervenção melhorou significativamente o cadastro e acompanhamento mediante a programação feita na unidade para marcação de consultas, assim como a realização de visitas domiciliares para fazer o cadastramento dos usuários que não compareceram na unidade depois de um agendamento prévio de uma consulta. Durante a intervenção a equipe de acompanhou 142 (53,4%) usuários com hipertensão e 64 (65,3%) com diabetes. Ao estimular a autonomia dos sujeitos em relação ao seu estado de saúde e propiciando melhorias na qualidade de vida essa intervenção contribuiu de forma significativa para melhoria das condições de saúde e de vida da população. Foi incorporada à rotina do serviço, já que contribuiu com a conscientização das pessoas da comunidade em relação a necessidade de priorização do atendimento médico e de enfermagem para pessoas com hipertensão e diabetes com prioridade para alto risco. Portanto, a intervenção teve grande importância para nossa equipe de saúde já que melhorou o cadastramento, a situação de saúde dos usuários. Agora eles esperam que esse trabalho continue na rotina de serviço da unidade. Além disso, muitos usuários se comprometeram em contribuir na continuidade e melhorias como suas participações em todas as reuniões, consultas, agendamentos dando suas opiniões e questionamentos. A intervenção foi uma ajuda muito grande para nossa comunidade e melhorou significativamente o processo de atendimento médico para as pessoas com hipertensão e diabetes que não faziam acompanhamento; além oferecer mais consultas com ordem de prioridade, conseguindo melhorar o seguimento dos usuários. Nossa comunidade ganhou muito com a intervenção, incentivou o autocuidado da saúde, prevenção das complicações e o controle dos principais fatores de riscos com a realização das palestras educativas.

**Palavras-chave:** Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Doença Crônica; Diabetes Mellitus; Hipertensão.

## Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde UBSF S21. Manaus.	71
Figura 2	Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde UBSF S21. Manaus.	72
Figura 3	Proporção com o exame clínico em dia de acordo o protocolo do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde. UBSF S21. Manaus	73
Figura 4	Proporção com o exame clínico em dia de acordo o protocolo do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde. UBSF S21. Manaus	73
Figura 5	Proporção com o exame complementares em dia de acordo o protocolo do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde. UBSF S21. Manaus	74
Figura 6	Proporção com o exame complementares em dia de acordo o protocolo do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde. UBSF S21. Manaus	74
Figura 7	Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular na unidade de saúde. UBSF S21. Manaus	75
Figura 8	Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular na unidade de saúde. UBSF S21. Manaus	76
Figura 9	Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na unidade de saúde. UBSF S21. Manaus	76
Figura 10	Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na unidade de saúde. UBSF S21. Manaus	77
Figura 11	Proporção de hipertensos faltosos a consulta em busca ativa na unidade de saúde. UBSF S21. Manaus .	78
Figura 12	Proporção de diabéticos faltosos a consulta em busca ativa na unidade de saúde. UBSF S21. Manaus	78
Figura 13	Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na unidade de saúde. UBSF S21.	79
Figura 14	Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento na unidade de saúde. UBSF S21	79
Figura 15	Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clinica em dia na unidade de saúde UBSF S21.. Manaus	80
Figura 16	Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clinica em dia na unidade de saúde UBSF S21.. Manaus	81
Figura 17	Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na unidade de saúde UBSF S21.. Manaus	81

Figura 18	Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na unidade de saúde UBSF S21.. Manaus	82
Figura 19	Proporção de hipertensos com orientação sobre atividades físicas regular na unidade de saúde UBSF S21.. Manaus	83
Figura 20	Proporção de diabéticos com orientação sobre atividades físicas regular na unidade de saúde UBSF S21.. Manaus	83
Figura 21	Proporção de hipertensos com orientação sobre riscos do tabagismo na unidade de saúde UBSF S21.. Manaus	84
Figura 22	Proporção de diabéticos com orientação sobre riscos do tabagismo na unidade de saúde UBSF S21.. Manaus	85
Figura 23	Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal na unidade de saúde UBSF S21.. Manaus	86
Figura 24	Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal na unidade de saúde UBSF S21.. Manaus	86
Figura 25	Atividades com a comunidade ações educativas, trocas de experiências entre medico e usuários com hipertensão e diabetes	90



### **Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos**

AB	Atenção básica
ACS	Agente comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária de Saúde
CAPS	Centro de atenção Psicossocial
CEO	Centro de Especialização Odontológica
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DM	Diabetes Mellitus
DSTS	Doenças de Transmissão sexual
ESB -	Equipe de Saúde Bucal
ESF -	Estratégia da Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
UEA	Universidade do Estado do Amazonas
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USF	Unidades de saúde da Família

## Sumário

<b>1</b>	<b>Análise Situacional .....</b>	<b>10</b>
1.1	Texto inicial sobre a situação da ESF/APS em 11/05/2014.....	10
1.2	Relatório da Análise Situacional em 11/05/2015.....	11
1.3	Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional .....	30
<b>2</b>	<b>Análise Estratégica .....</b>	<b>32</b>
2.1	Justificativa.....	32
2.2	Objetivos e metas.....	35
2.2.1	Objetivo geral .....	35
2.2.2	Objetivos específicos e metas .....	35
2.3	Metodologia .....	37
2.3.1	Detalhamento das ações.....	37
2.3.2	Indicadores .....	53
2.3.3	Logística.....	60
2.3.4	Cronograma.....	63
<b>3</b>	<b>Relatório da Intervenção.....</b>	<b>64</b>
3.1	Ações previstas e desenvolvidas .....	64
3.2	Ações previstas e não desenvolvidas .....	69
3.3	Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	69
3.4	Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	69
<b>4</b>	<b>Avaliação da intervenção.....</b>	<b>71</b>
4.1	Resultados .....	71
4.2	Discussão .....	88
<b>5</b>	<b>Relatório da intervenção para gestores .....</b>	<b>92</b>
<b>7</b>	<b>Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem .....</b>	<b>98</b>
	Referências .....	99
	Anexos .....	100

## **Apresentação**

O presente volume trata do Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Modalidade Educação a Distância (EAD) promovido pelo Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas. Foi realizada uma intervenção cujo objetivo foi melhorar a Atenção à Saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes na UBSF S21, em Manaus/ AM.

Este volume engloba a **análise situacional** na USF Comunidade da Lutz, com a descrição da situação da atenção primária e estratégia de saúde da família no município, dos principais problemas detectados no serviço e a relação entre eles; a **análise estratégica**, que é o projeto de intervenção; o **relatório da intervenção** que descreve os principais aspectos da implementação das ações propostas; o relatório dos **resultados da intervenção** que aborda a análise qualitativa e quantitativa dos resultados obtidos; os **relatórios da intervenção para os gestores e para a comunidade** e a **reflexão crítica** sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso, ressaltando a importância para a qualificação do trabalho da equipe e a melhoria para a comunidade além das **referências** e dos **anexos**. O Curso de Especialização em Saúde da Família iniciou em julho de 2014 e finalizará após a defesa e execução da análise das considerações da banca com a entrega do volume final do trabalho de conclusão de curso, aqui apresentado.

## **1 Análise Situacional**

### **1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS em 11/05/2014**

Na UBSF S21, localizada na zona sul de Manaus, possui características de zona urbana cuja sua geografia é composta por terrenos apresentando partes planas, baixa e alta elevada, oferecendo dificuldade de locomoção à população existente no local. E em muitas dessas áreas não possuem sistema de esgoto incrementando riscos de doenças digestivas e parasitárias. Entre outros problemas, temos elevados números de usuários apresentando doenças crônicas não transmissíveis, por exemplo, hipertensão e diabetes. Outro grave problema que afeta o atendimento dos usuários é a infraestrutura da UBSF que não possui uma sala para emergência, sala de vacina, inalação e curativos. Nossa equipe tem boa aceitação pelos usuários da comunidade, de modo que, os mesmos se mostram satisfeitos com o bom atendimento da equipe.

A ESF/APS procura reorganizar os serviços e reorientar as práticas profissionais na lógica da promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação, enfim, da promoção da qualidade de vida da população, constituindo-se em uma proposta com dimensões técnica, política e administrativa inovadora. Ela pressupõe o princípio da Vigilância à Saúde, a inter e multidisciplinaridade e a integralidade do cuidado sobre a população que reside na área de abrangência de suas unidades de saúde.

Entre os maiores problemas sociais encontrados na área de UBSF são o Álcool, drogas na adolescência, furtos/roubos e a prostituição entre outros. A equipe cumpre com sua tarefa diária e boa qualidade de atendimento aos usuários. Sendo que temos algumas deficiências que atrapalham o completo desenvolvimento do trabalho em geral, como no caso do agendamento das consultas de odontologia que os usuários devem se transladar até a UBSF próxima para poder ter atendimento e marcar as consultas. Outra deficiência encontrada em nossa UBSF é a demora nos agendamentos com os especialistas como ortopedia, reumatologia, gastroenterologia e nefrologia pela ausência de vagas no SUS por motivos da baixa quantidade de especialistas em nossa região, isso tem gerado muitas insatisfações nos usuários, sendo que o Distrito de Saúde se encontra buscando algumas alternativas para amenizar essas deficiências.

Para procurar amenizar tais dificuldades em nossa Unidade básica de Saúde da família ,contamos com uma equipe de profissionais que se responsabilizam pela atenção à saúde da população, vinculada neste território. Nossa equipe é responsável por uma área onde residem entre 728 famílias .Umas das soluções encontradas foi que o odontologista de nossa unidade e a técnica odontologa fossem uma vez na semana à nossa UBSF para poder fazer o agendamento e um melhor atendimento dos casos de mais riscos como grávidas, crianças, idosos e pessoas com deficiências e assim diminuir a alta taxa de usuários fora da área que procuram um atendimento odontológico, minimizando assim essa dificuldade.

Nossa equipe realiza o cadastramento das famílias por meio de visitas domiciliares às residências, em sua área de abrangência. As informações desse cadastro, juntamente com outras fontes de informação, levam ao conhecimento da realidade da população, seus principais problemas de saúde e seu modo de vida.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional em 11/05/2015**

A população do Município é de 2.200.000 habitantes com um número similar de homens e mulheres, atendidos em um total de quatro Distritos de Saúde-DISA que recebem o nome em relação à sua localização por zona: norte, sul, leste e oeste .Ha também 5 ESF localizadas na zona rural. No Distrito de Saúde Sul tem 35 Bairros tendo 89 Unidades Básicas de Saúde, delas são estratégia de saúde da família 55, tendo 17 Unidades básicas de saúde ,sendo as UBS Dr. Jose Rayol dos Santos do bairro da Chapada, a UBS Dr. Luiz Montenegro do bairro Nossa Senhora das Graças e a UBS Japiim do bairro Japiim de referência no município de Manaus.Temos também 5 policlínicas onde se prestam atendimento especializado em consultas médicas de várias especialidades ,cirurgias de menor grau, serviços de ultrassonografia, mamografia, electrocardiograma, teste de HIV, serviços odontológicos, exame do escarro, electroencefalograma, agendamento de exames complementares entre outros serviços da atenção primária de saúde sendo algumas policlínicas de referência Dr. Gilberto Mestrinho do centro da cidade e policlínica Castelo Branco do Bairro Parque 10 de Novembro .Há também na área sul,alguns centros especializados de odontologia como CEO UEA,CEO Sul localizada nos bairros Adrianópolis e São Iazaro onde se prestam serviços de odontologia mais

sofisticados para melhorar o atendimento médico. O atendimento médico em nosso distrito em relação a atenção especializada, conta com a presença de 5 hospitais de atendimento emergencial e urgências médicas diversificada, sendo alguns deles referência como o Hospital 28 de agosto, no bairro Adrianópolis, o maior pronto socorro da zona sul e da cidade; Hospital Universitário Getúlio Vargas, localizado no bairro centro da cidade e Hospital Adriano Jorge, no bairro São Francisco .

Destaca-se também ,a presença de outras unidades específicas de atendimentos secundários espalhados por toda a zona sul da cidade como o Instituto de Hematologia de Manaus, especializado em todas as doenças do sangue entre elas AIDS, Leucemia, assim como a doação de sangue no bairro Chapada; Instituto da Mulher especializado em atenção integral a mulher, onde se fazem exames médicos, atendimento especializado em ginecologia e obstetrícia no bairro Adrianópolis, Fundação Alfredo da Mata especializado em doenças da pele e DSTs em geral no bairro São Francisco, Pronto Socorro Infantil da Criança, no bairro São Francisco especializado nas urgências e emergências incluindo a prevenção de infecção hospitalar, CAPS no bairro Cachoeirinha, onde se fazem atendimento especializado nas doenças mentais. Há também um centro dedicado no atendimento especializado ao idoso que é o centro de convivência do idoso , localizado no bairro da Aparecida, onde se realiza atendimento médico com geriatria , psicologia atividades físicas , reabilitação , fisioterapia entre outros atendimentos.

Trabalho na UBSF S21, a qual está localizada na Rua Nova Olinda do Bairro Raiz, na zona sul do Município de Manaus, Estado do Amazonas , sendo vinculada à UBS Lucio Flavio , localizada no bairro próximo chamado Betânia. Sua fundação foi realizada no dia 13 de março do ano 2000 na gestão do prefeito, na época, Alfredo Nascimento e pela Secretária de Saúde do Município, Prefeitura de Manaus e Governo do Estado. Atualmente possui uma estrutura antiga e necessita de reparação geral, o que já é uma demanda inclusa no programa de reestruturação do distrito de saúde sul do Município. Está vinculada com o SUS e não possui vínculos com instituições de ensino. Trabalha como modelo de estratégia de saúde da família (ESF). Está composta por 6 agentes comunitários de saúde, 1 enfermeira, 1 médico clínico geral, 1 médico odontologista , 1 técnica de saúde bucal e 2 técnicas de enfermagem. Sua estrutura é composta de uma sala de recepção ( que serve como uma sala de triagem também ), um consultório médico (onde se fazem os curativos ,

esterilização, coleta de preventivos e as consultas de enfermagem ), uma sala de farmácia, uma cozinha, um banheiro onde se encontram os (depósito de material de limpeza) .Os espaços da Unidade de Saúde são muitos pequenos e não temos sala de nebulização,além disso,não temos sala de atendimento odontológico pela falta de um local adequado,motivo pelo qual o serviço de odontologia é realizado na UBSF Lucio Flavio ( fora de nossa Unidade ). A Estratégia de Saúde da Família sempre é mantida limpa e organizada. É unidade de referência do programa de Saúde da Mulher no Município pela vinculação da maioria das grávidas na maternidade Balbina Mestrinho. Além disso, nossa equipe tem boa aceitação pelos usuários da comunidade de modo que ,os mesmos se mostram satisfeitos com o bom atendimento da equipe sendo avaliado pela direção do distrito de saúde como umas das melhores equipes no ano passado. A equipe cumpre com sua tarefa diária e boa qualidade de atendimento aos usuários. Sendo que temos algumas deficiências que atrapalham o completo desenvolvimento do trabalho em geral, como no caso do agendamento das consultas de odontologia que os usuários devem se transladar até a UBSF próxima para poder ter atendimento e marcar as consultas ,sendo que esse problema já está sendo solucionado através de reuniões de equipe nas quarta-feira, onde procuramos a maneira de fazer o agendamento na mesma Unidade pela assistente odontológica e a médica odontóloga e que as consultas sejam feitas na UBSF Lucio Flavio. Outra deficiência encontrada em nossa UBSF, é a demora nos agendamentos com os especialistas como ortopedia ,reumatologia, gastroenterologia e nefrologia pela ausência de vagas no SUS por motivos da baixa quantidade de especialistas em nossa região, isso tem gerado muitas insatisfações nos usuários ,sendo que o Distrito de Saúde se encontra buscando algumas alternativas para amenizar essas deficiências.

Nosso município tem protocolo que normatiza as ações dos profissionais inseridos nas Unidades de Saúde, no nível primário e secundário, além de realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local, garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na atenção básica e garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativos; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de

vigilância à saúde ,entre outras. Dentre os aspectos positivos das atribuições, nossa equipe desenvolveu ações que fizeram a integração entre a equipe de saúde e a população inscrita à UBSF, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade cada vez melhor.

As principais atribuições que nossa equipe tem dificuldade são com relação ao cadastro de todas as pessoas de nossa área para mantê-los atualizados devido a frequente mudança de endereço de alguns usuários pelo alto valor do aluguel na região e pela entrega do programa de prosamin ( construção de casas pelo governo federal ) já que em nossa área tem muitos igarapés e constantemente estão cheios e invadindo moradores , já que nossa ESF se encontra perto do centro da cidade onde encontramos dificuldades no acesso as moradias, geralmente condomínios fechados, terminal de integração de ônibus perto ,lojas, comércios ,restaurantes etc.

Minha Unidade Básica de Saúde está formada por uma equipe e é adequada ao tamanho da população em sua área de abrangência, já que atende um total de 3896 pessoas, que corresponde aos limites estabelecidos pela plataforma programática ,sendo que a mesma se encontra em um bairro da zona sul da cidade,que possui um total de 4430 pessoas onde tem outra UBSF próximo que atende ao restante da população do mesmo bairro e outro vizinho por sua proximidade.

A distribuição da população por sexo e faixa etária da USBF também está de acordo com a distribuição brasileira dentro dos limites estimativos, sendo que o total das mulheres é de 2021,que representa 51.9 % e o total de homens é de 1875, representando 48.1% do total da população com maior predomínio no sexo feminino.Com relação a faixa etária,o grupo de maior incidência é de pessoas com 20 anos ou mais com um total de 2509 do total ,901 mulheres em idade fértil entre (10-49 anos),pessoas com 60 anos ou mais 454 dos quais 251 são mulheres e 203 homens .

Em relação à demanda espontânea ,a UBSF atende em torno de 50 usuários semanais, sendo: 10 atendimentos médicos, a razão de 2 usuários atendidos pelo médico clínico geral em cada dia de trabalho, 20 atendimentos de enfermagem e 20 atendimentos odontológicos. A unidade básica conta com uma única equipe de saúde da família. A equipe de saúde que trabalha na zona urbana é



composta por um médico generalista, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem, um dentista, um técnico em higiene bucal e seis agentes comunitários de saúde.

Os principais problemas de saúde da unidade básica da saúde são: doenças respiratórias, diarreias, parasitoses, doenças de pele dermatites, ausência às consultas médicas para os usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, todas com atendimentos e tratamentos em nossa UBSF. Nossa equipe está trabalhando com a implantação de seu acolhimento e fazendo mudanças nos modos de organização, nas relações entre os trabalhadores e nos modos de cuidar. Para acolher a demanda espontânea com equidade e qualidade, não basta distribuir senhas em número limitado (fazendo com que os usuários formem filas na madrugada), nem é possível (nem necessário) encaminhar todas as pessoas ao médico (o acolhimento não deve se restringir a uma triagem para atendimento médico). Positivamente, nossa equipe tem conseguido lidar com as necessidades de saúde da população, pois todas as ofertas estão sempre à disposição para serem agenciadas quando necessário e na realização da escuta qualificada da demanda. Nossa equipe está sempre discutindo e definindo o modo como os diferentes profissionais participarão do acolhimento, sendo que agora na última reunião da equipe ficou como acordo planejar duas vagas todos os dias para demanda espontânea para consulta médica, para assim, dessa maneira evitar a demora no atendimento médico para marcar uma consulta necessária pelos usuários, também fizemos um cronograma para os ACS onde fico semanalmente quem vai receber o usuário que chega, como avaliar o risco e a vulnerabilidade desse usuário; o que fazer de imediato; quando encaminhar/agendar uma consulta médica. A principal dificuldade enfrentada por nossa equipe de saúde em relação a demanda espontânea é na área de odontologia devido ao aumento de usuários que se devem deslocar para a UBS Lucio Flavio para poder marcar suas consultas e receber as mesmas, já que em nossa unidade não contamos com um local para prestar esse serviço e os usuários reclamam sempre da necessidade para fazer a solicitação do atendimento em nossa UBSF, fazendo com que nossa equipe buscasse uma solução de forma rápida para isso. Uma das soluções encontradas foi que o odontologista de nossa unidade e a técnica odontólogo fossem uma vez na semana a nossa UBSF para poder fazer o agendamento e um melhor atendimento dos casos de mais riscos como nas grávidas, crianças, idosos e

peessoas com deficiências e assim diminuir a alta taxa de usuários fora da área que procuram um atendimento odontológico ,minimizando assim essa dificuldade .

Com relação à puericultura posso dizer que a mesma tem uma importância grande com sua realização, pois avaliamos o desenvolvimento da criança desde o ponto de vista psicomotor, o crescimento e desenvolvimento, o peso assim como as avaliações nutricionais das mesmas. Também orientamos às mães e família em geral para que seu desenvolvimento seja o melhor possível.

A cobertura do programa de saúde da criança em minha área é de 90% para as crianças menores de um ano para um total de 31, dados que se obtém do registro de população da área, onde 10% ainda não tem seguimento em nossa unidade de saúde, que é uma deficiência encontrada e detectada desde nossa chegada a Unidade, realmente é um problema que temos que enfrentar e resolver de imediato sabendo que ,em nossa unidade de saúde também são atendidas crianças de bairros vizinhos.Nosso maior problema é com o cadastramento, pois isso afeta o resto dos indicadores,sendo que nossa meta é cadastrar aos 100 % das crianças menores de 1 ano. Em relação às crianças de 24 a 72 meses que somam 129, não existem problemas com o cadastramento já que temos 98% do total das mesmas cadastradas com acompanhamento médico. Todas essas ações citadas são estruturadas de forma programática no atendimento médico, odontológico e enfermagem tanto na UBSF como nas visitas domiciliares realizadas pela equipe de saúde e todas são registradas nos prontuários individuais, cartão de vacina e cartão de saúde da criança, onde se realizam o monitoramento em relação ao risco que apresentam as mesmas regularmente sendo um tema sempre tratado com muita atenção nas reuniões de equipe durante todas as semanas. Algumas crianças cadastradas não têm feito teste do pezinho por que ainda em nossa unidade temos mulheres grávidas que parem fora da área da saúde em outros hospitais de outras zonas da cidade o que dificulta o cadastro cedo das mesmas, além delas passarem algum tempo fora da área depois do parto em convivência com outros familiares. Do total das 160 crianças (102 de 0 a 24 meses e 58 de 24 a 72 meses), que estão cadastradas na UBSF, 93% vão à consulta segundo o planejamento proposto pelo Ministério, desse total ,12% tem problema pra retornar devido ao esquecimento das mães em levar as crianças nos dias agendados para as consultas. A primeira consulta de puericultura aos sete dias só foi possível em 27 crianças, o que

corresponde a 87%, propiciado em grande parte por tabus populares, ideias religiosas e nível cultural da população. A atenção à saúde da criança ,acontece desde o primeiro mês de vida ,de modo que este atendimento, em todas as consultas realizadas,é feita avaliação de crescimento e desenvolvimento da criança, informando à mãe sobre os cuidados do lactante e quais são os sinais de alerta com relação a esse aspecto, bem como a importância do aleitamento materno durante os seis primeiros meses de vida, e das vacinas serem realizadas todas colocadas em dias sendo esses aspectos acompanhados muito de perto pela equipe. No atendimento de educação em saúde para o cuidado à criança são desenvolvidas muitas atividades específicas pela equipe de saúde onde tem uma participação de todos os integrantes que ocorrem sempre nas segunda-feira no horário da manhã. Dentre essas atividades ,são visita programada na escola da comunidade onde se fazem diálogos, palestras educativas com relação à higiene, saúde bucal, estilos de vida saudável, saúde sexual e reprodutivas, atividades esportivas, importância da vacinação entre outras, se realizam encontros de conhecimentos, disputa com as crianças pelo diferentes integrantes de nossa equipe as quais tem uma boa aceitação pelos estudantes e professores nas escolas, além das atividades que se realizam na UBSF diariamente e nas visitas domiciliares nas famílias.

Para ter uma boa atenção à criança depende muito dos resultados da atenção pré-natal porque é aqui aonde vamos a avaliar como foi feita essa atenção.A atenção à criança é a continuidade deste processo de crescimento e desenvolvimento.Eu como médico,atendo todos os dias as demandas agudas das crianças com necessidades de atendimento, além disso, com todas essas dificuldades tratamos sempre de fazer uma boa puericultura com os conhecimentos que temos de nossa experiência como médicos gerais de atenção primária de saúde. Posso falar que fazemos atendimento também a criança até os seis anos de vida, mas o atendimento a este grupo geralmente é por demanda espontânea, pois as mães não têm cultura de levar as crianças à consulta depois e completando um ano de vida, só assistem a consulta quando tem alguma doença aguda.Temos muito trabalho para melhorar todas essas dificuldades.Acho que temos que trabalhar neste sentido para facilitar o atendimento,pois a cada momento, lembro aos agentes de saúde, de chamar as mães para que levem os filhos para as consultas, aos poucos elas estão indo, incrementando as consultas dessa ação programática.

Primeiramente ,fazemos um cadastro de qualidade já que estamos fazendo muitas ações e atividades encaminhadas a aumentar a cobertura da puericultura e melhorar o atendimento das crianças. Se esta incrementando as palestras educativas para todas as mães sempre uns minutos antes do começo do atendimento médico, fomentando mais o aleitamento materno, promovendo ações pra evitar acidentes tanto nas escolas, rua e outros lugares, atualizar e conversar sobre vacinas e todas as doenças prevenidas, melhorar a participação de odontólogos e técnicos dentais na assistência as crianças e promover os cuidados para ter uma saúde bucal ótima, ensinar a todas as mães a importância de manter e promover hábitos de vida saudável nos meninos desde pequenos para evitar doenças e danos à saúde, não poderia perder a oportunidade de falar sobre o envolvimento dos pais e/ou cuidadores das crianças. É de fundamental importância o envolvimento dos pais e/ou cuidadores eles é que conduziram o ato de cuidar destas crianças .Assim, devemos pensar na interação das atividades com os cuidadores onde algumas crianças podem ser trabalhadas dentro de seu grupo, por exemplo, crianças de 4 e 5 anos que possuem mais autonomia, no entanto a equipe precisa pensar sobre como abordar os seus cuidadores e discutir sobre os temas já abordados com as crianças e ver como as temáticas estão sendo trabalhadas dentro da família/ ou com as pessoas que os cuidam. . Reitero que tudo isso está sendo possível, já que nossa equipe tem melhorado o cadastro e incrementado a motivação nas mães para acompanhar o crescimento e desenvolvimento de seus filhos, acompanhando com a caderneta da criança e de adolescentes e trabalhando como uma família única, juntos ACS, enfermeiro, médico, odontólogos, técnicos, nutricionistas, psicólogos, pediatras.É muito importante, com o apoio das organizações governamentais, ter uma população infantil saudável e com excelente qualidade de vida: social, intelectual, biológica e emocional. Sendo o monitoramento das ações e todas estas atividades controladas no registro de atendimento de atividades educativas, na caderneta individual da criança, no prontuário médico ,o tema discutido sempre nas reuniões da equipe da semana.

A cobertura de atenção pré-natal de minha área de abrangência ,é de 71% para um total de 45 grávidas. Este percentual representa 1,18 % de minha população total, o que evidencia que, em relação aos indicadores e determinantes, estamos muito próximos desses determinantes. As principais ações que realiza nossa equipe

no atendimento pré-natal são a formação de dois grupos de grávidas, onde se realizam encontros com as mesmas na UBSF, sempre na terça-feira no horário da manhã sempre antes do começo do atendimento pré-natal duas vezes ao mês, onde se fazem sempre palestras antes do começo da consulta por todos os integrantes de nossa equipe em relação ao aleitamento materno, hábitos saudáveis de vida, alimentação, vacinação, saúde sexual, além dos encaminhamentos que fazemos para o hospital de maternidade dona Lindu e Instituto da Mulher onde as grávidas fazem atividades esportivas e exercícios para o momento do parto, sempre as quartas-feiras no horário da tarde, e todas essas ações citadas são estruturadas de formas programáticas no atendimento médico, odontológico e enfermagem, tanto na UBSF como nas visitas domiciliares realizadas pela equipe de saúde e todas são registradas nos prontuários individuais, cartão de vacina e cartão de saúde pré-natal, onde se realizam o monitoramento regular em relação ao risco que apresentam as mesmas, sendo um tema sempre tratado com muita atenção nas reuniões de equipe durante todas as semanas igual que as crianças. Nas visitas domiciliares nossa equipe desenvolve atividades educativas, orientando sobre a importância do pré-natal e os cuidados necessários, preparando a gestante para o aleitamento materno e para o parto, além dos cuidados com o bebê. Em toda a consulta, o médico e o enfermeiro fazem avaliação do risco gestacional. Na minha UBSF, nossa equipe básica faz um bom atendimento do programa pré-natal, sendo programadas as consultas médicas sempre às terças-feiras no horário da manhã. As principais ações que realiza nossa equipe no atendimento pré-natal são a formação de dois grupos de grávidas onde se realizam encontros com as mesmas na UBSF, sempre na terça-feira no horário da manhã sempre antes do começo do atendimento pré-natal duas vezes ao mês, onde se fazem sempre palestras antes do começo da consulta por todos os integrantes de nossa equipe em relação ao aleitamento materno, hábitos saudáveis de vida, alimentação, vacinação, saúde sexual, além de isso, sempre é feita uma palestra educativa com 10 grávidas também pela enfermeira no momento do aguardo à consulta de enfermagem, ambas integrantes de um grupo educativo, onde sempre fazemos uma capacitação de equipe pelo médico em relação ao tema de maior incidência no atendimento da semana na gravidez sempre na quarta-feira durante o transcurso da reunião de equipe, além dos encaminhamentos que fazemos para o hospital de maternidade dona Lindu e Instituto da Mulher onde as

grávidas fazem atividades esportivas e exercícios para o momento do parto, sempre nas quartas-feiras no horário da tarde e todas essas ações citadas são estruturadas de forma programática no atendimento médico, odontológico e enfermagem, tanto na UBSF como nas visitas domiciliares realizadas pela equipe de saúde. O monitoramento e registro dessas ações são feitas no cartão de gestante, no prontuário individual e no registro de atividades educativas.

Com o puerpério, temos um bom seguimento na unidade básica com um total de 41 puérperas no ano que representam 91,1% do total das 45 grávidas que tínhamos acompanhadas durante todo o ano em nossa UBSF e as 4 restantes das mesmas se foram a morar para outros bairros da cidade antes do parto e não comunicaram a nossa equipe de saúde. As consultas puerperais são realizadas nas Unidades Básicas de Saúde: a primeira entre 7 e 10 dias e a segunda entre 30 e 40 dias. Todas estas puérperas receberam atenção domiciliar com preenchimento da consulta em prontuário e as orientações pertinentes, mas não receberam consulta na UBSF até a primeira consulta de puericultura do bebê e muitas vezes, receberam somente após 30 dias de nascido. Outra dificuldade que temos em nossa equipe também, é que elas não comparecem na UBSF para consulta por diferentes motivos. O atendimento pré-natal sempre se inicia com a abertura do prontuário, se preenche a ficha com a história clínica individual, além do Cartão da Gestante, atentando para a importância do preenchimento correto, uma vez que este último é o meio de comunicação entre a gestante e a equipe de saúde. A qualidade das ações é avaliada de forma positiva já que sempre são desenvolvidas por todos os integrantes de nossa equipe tendo um alto grau de aceitação pelas gestantes.

O controle dos cânceres do colo de útero e mama depende de uma atenção básica qualificada e organizada, integrada com os demais níveis de atenção. Em relação ao câncer de mama, em minha UBSF temos o controle das mulheres com alto risco onde se fazem seguimento dos casos nos prontuários. Em uma policlínica de nosso Distrito da Saúde temos um mamógrafo, mas este não está instalado por falta de espaço físico, falta de pessoal para trabalhar com essa tecnologia, falta de mastologista para fazer avaliação das mamografias feitas. Este aparelho está guardado há mais de um ano, até agora sem solução real. Quando as mulheres precisam fazer uma mamografia tem que primeiro marcar em hospital com nossa solicitação de mamografia, esperar que em outra policlínica mais perto daqui tenham

vagas disponíveis, então é que elas fazem o estudo, uma situação muito difícil de entender. Minha avaliação sobre a cobertura de Controle do Câncer de Mama na UBSF é que apesar de ter dificuldade com o mamógrafo ,temos alta taxa de realização das mamografias com um total de 153 para 90,4% com 169 mulheres que estão sendo acompanhadas por nossa UBSF, estamos cumprindo nossas expectativas e do próprio programa do ministério e até o país. Não podemos sentir-nos conformados com esses dados e temos muito que fazer ainda, como a instalação do mamógrafo para assim não encaminhar mais usuárias para outras policlínicas. Devemos procurar avaliar os 100% das mulheres nessa idade e pesquisar todas elas. Devo declarar que é muito difícil realizar o exame de mama as todas as mulheres , devido aos costumes e crenças desta população que dificultam a tarefa, também é complicado de marcar e fazer a mamografia em outras policlínicas,assim como de receber os resultados, questão que limitam o diagnóstico, tratamento e acompanhamento desta doença. Os aspectos do processo de trabalho devem ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade do Controle do Câncer de Mama não só na minha UBSF mais também em outras. Considero importante assegurar a toda mulher acesso humanizado e integral aos serviços para fazer a prevenção do câncer de mama, assim como ter acesso ao rastreamento das lesões precursoras, diagnóstico precoce e a um tratamento adequado, poderíamos assegurar o agendamento e realização de USG de qualidade para mama com maior número de turnos na semana. Realizar um registro de cada mulher com idade de risco deste câncer para ter o controle de quem faz mamografia, ecografia e quais são os resultados, quem é negado e quem não tem a possibilidade de fazer, assim também poderíamos incluir no registro quais delas têm fatores de risco para adoecer e obter um acompanhamento melhor. Fazer palestras com as mulheres sobre temas de interesse é feito o exame de mama em busca de sinais de alarme, mostramos a mulher como fazer o autoexame de mama. Os indicadores da qualidade do Controle do Câncer de Mama ficam favoráveis para nossa UBSF, neste ano realizamos 153 mamografias como parte da avaliação de risco destas mulheres, o que corresponde a 90,4%. Todas elas foram avaliadas e orientadas sobre fatores de riscos e sinais de alarme. Nos últimos três anos na minha Unidade só teve um caso novo de mulher com câncer de mama, a mesma foi operada e com

bom acompanhamento a mesma tem 31 anos de idade e até agora está assintomática e com seguimento pelo mastologista.

A avaliação da cobertura de Prevenção do Câncer de Colo de Útero é que ainda temos muito caminho e trabalho por fazer, no momento nossa UBSF encontra-se trabalhando para fazer um melhor acolhimento e acompanhamento de todas as mulheres com exames alterados e mulheres que recusam fazer este teste. Em minha UBSF são acompanhadas 901 mulheres entre 25 e 64 anos para prevenção de câncer de colo de útero o que representa 95% das mulheres residentes na área de abrangência. Sendo que, só 710 delas tem o exame citopatológico para câncer de colo de útero feito em dia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde para uma avaliação de risco para esse câncer. Isso só representa 78.9% das mulheres. Contudo com uma excelente técnica, pois nossas mostras quase todas são úteis para estudo de amostras satisfatórias. Em nossa UBSF é realizada a prevenção do câncer do colo uterino através da coleta de exame cito patológico todos os dias da semana, em ambos os turnos de trabalho. O médico e enfermeira aproveitam seu contato com as mulheres para rastreamento do câncer de colo de útero utilizado na UBSF é organizado. Nossa UBSF é realizada ações de educação da mulher para o reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer de colo de útero, isso inclui a todas as mulheres cadastradas em essa faixa etária. Em minha UBSF sempre as mulheres são orientadas sobre como prevenir o câncer de colo de útero em cada atividade de educação em saúde, toda consulta de atendimento a saúde da mulher, além disso, conversamos sobre a relação de exame alterado e a presença de doenças de transmissão sexual. Todo espaço de nosso dia a dia é tratado cada fator de risco para esta doença que cada dia cobra mais vidas no mundo tudo. Para melhorar o processo de trabalho para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade do Controle do Câncer de Colo de Útero, primeiro devemos organizar o cadastro das mulheres nesta faixa etária, poderíamos fazer um registro mais detalhado de cada exame que é coletado enviado e recebido, do resultado que mostra e a conduta tomada com as mulheres, também poderia fazer ênfase nas atividades de promoção em saúde e fazê-las nas comunidades em grupos específicos, nas igrejas e outros espaços. Procurar uma melhor via para retroalimentar-se de cada usuário com amostra não útil, pois muitas vezes chega para nós meses de coletada a amostra, assim como procurar ter os resultados em tempo menos prolongado já que muitas vezes entre a



coleta da mostra do preventivo e a que o médico possa avaliar novamente á usuário transcorre meses. Os profissionais que realizam avaliação e monitoramento do programa de prevenção do câncer de colo uterino têm que fazer sempre relatórios com os resultados encontrados. As estratégias que utilizamos na UBSF para não perder o seguimento de mulheres com exame alterado é a responsabilidade de cada membro da equipe acompanhar e não deixar perder a essa mulher que sofre desta doença, dar apoio para ela e sua família, ensiná-la como conduzir-se a partir desse momento e o que deve fazer antes de qualquer sinal de alerta. Sendo que a prevenção do câncer de colo, assim como o diagnóstico precoce e o tratamento, requerem da implantação articulada de medidas como sensibilização e mobilização da população feminina, investimento tecnológico e em recursos humanos, organização da rede, disponibilidade dos tratamentos e melhoria dos sistemas de informação. Em nossa UBSF é realizadas a prevenção do câncer do colo uterino através da coleta de exame citopatológico todos um dia da semana, em ambos os turnos de trabalho. O médico e enfermeira aproveitam seu contato com as mulheres para rastreamento do câncer de colo de útero utilizado na UBSF é organizado. Em nossa UBSF é realizada ações de educação da mulher para o reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer de colo de útero, isso inclui a todas as mulheres cadastradas nessa faixa etária. Do total de usuários acompanhadas na UBSF, só um tem alterado o resultado deste teste do total de mulheres cadastradas. Todas as mulheres de minha área de abrangência foram orientadas a respeito de como prevenir o câncer de colo de útero em cada atividade de educação em saúde, toda consulta de atendimento a saúde da mulher que se faz sempre as quinta-feira no horário da manha onde se fazem atividades como encontros educativos na espera de consulta de planejamento familiar, atenção integral a mulher e o dia da coleta do preventivo para as usuárias que aguardam para fazer a coleta, também palestras educativas são feitas nos salão de beleza, academia, lojas, e outras centros de trabalho além disso, conversamos sobre a relação de exame alterado e a presença de doenças de transmissão sexual . Todo espaço de nosso dia a dia é tratado cada fator de risco para esta doença que cada dia cobra mais vidas no mundo todo. Nossa equipe de saúde está fazendo um registro de cada mulher com idade de risco do câncer da mama para ter o controle de quem faz mamografia, ecografia e quais são os resultados, quem é negado e quem não tem a possibilidade de fazer, assim

também poderíamos incluir no registro quais delas têm fatores de risco para adoecer e realizar um acompanhamento melhor. Fazemos palestras com as mulheres sobre temas de interesse realizando o exame de mama em busca de sinais de alarme, mostramos a mulher como fazer o autoexame de mama sempre no dia da consulta de atenção integral a mulher. Sendo todas ações registradas no prontuário médico individual, caderno de realização de preventivo, ultrassonografia mamária, de preventivo, assim como no caderno de controle da entrega dos anticoncepcionais.

A hipertensão arterial e a Diabetes Mellitus constituem hoje grandes problemas de saúde a nível mundial. Além de serem doenças crônicas não transmissíveis são também fatores de risco maiores para ter doenças cerebrais e cardiovasculares que estão dentre as principais causas de morte do Brasil. A atenção integral à HAS e DM é visar à redução dos fatores de risco como dislipidemias, obesidade, cuja prevenção exige perseverança, motivação e educação continuada, e controle de ambas as doenças e os fatores de risco reside na redução das suas complicações, tais como: doenças cerebrovasculares, arterial coronária, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica e enfermidade arterial periférica.

Em relação à hipertensão arterial, a OMS propõe que ,30% da população maior de 20 anos tem HAS. Nossa população não está com índices muito próximos, poderíamos dizer que nossa realidade não é muito parecida deste indicador e do indicador de Brasil, que tem 35% da população com esta doença. Temos que melhorar a busca ativa dos usuários. São realizadas as atividades de grupo para orientação de hábitos alimentares saudáveis, esclarecimento a respeito dos malefícios do consumo excessivo de álcool e do tabagismo, os profissionais explicam como reconhecer sinais de descontrole ou complicações das doenças. É importante que os usuários conheçam o controle deles para evitar complicações no futuro. Do total de usuários cadastrados com hipertensão ,apenas 171 (22%) é acompanhado na UBSF, ou seja, frequentam a consulta para avaliação de seu estado geral e avaliação de risco. A maior quantidade de consultas é feita apenas para renovação de receita de medicamento controlado para HAS, a solicitação de exame, é na própria consulta que temos que motivar aos usuários para fazer toda a avaliação deles. A orientação sobre prática de atividade física regular e orientação nutricional para uma boa alimentação saudável sempre são temas tratados durante

o atendimento desses usuários. Nós ainda temos muito a fazer para melhorar a qualidade da atenção básica neste momento. Uma vez no mês fazemos reunião com o grupo de hipertensos que ,em grande maioria,também são diabéticos, ali conversamos da patologia, escutamos as dúvidas dos usuários e fazemos as orientações pertinentes. Acho muito importante aumentar o número de atividades de prevenção de fatores de risco destas doenças, como sedentarismo, obesidade, hábitos alimentares não saudáveis, tabagismo, uso excessivo de álcool. Considero vital o trabalho em equipe para modificar os estilos de vida da população. Neste momento com apoio dos agentes comunitários estamos atualizando o cadastro para fazer um correto planejamento das ações de saúde e melhorar também a pesquisa, obtendo com isto,uma das ações mais importantes que fazemos todos médicos que praticamos a medicina familiar: a prevenção, pois são de grande importância um diagnóstico e tratamento precoce. É certa que a atenção oferecida aos hipertensos, tem maior relevância que outras patologias, temos que melhorar para garantir levar o programa como estabelecido, a maioria das vezes ainda ,a equipe não tem identificada toda a população deste grupo, não controla o acompanhamento adequadamente, o que leva ao aumento considerável das complicações desta doença. O número de hipertensos com 20 anos ou mais residentes em minha área é de 773 usuários, de acordo com os dados do CAP, sendo que apenas 171 (22%) usuários estão assistindo ao atendimento na unidade básica sendo que esta é uma dificuldade na qual nossa equipe está trabalhando neste período para melhorar os indicadores tendo em conta que esse dado é uma das determinantes propostas pelo Ministério, por isso nossa equipe está incrementando o total de usuários cadastrados na minha unidade. Do total todos têm identificação dos fatores de riscos, exames médicos em dia assim como algumas tem dificuldade com o atraso na consulta médica (BRASIL, 2012).

O número de diabéticos com 20 anos ou mais residentes minha área é de 123. Esse dado é diferente da estimativa para o total de usuários diabéticos na minha unidade que é 221. Podemos dizer que o problema está na falta de atualização do cadastro dos usuários portanto temos que trabalhar mais nesse ponto.

A OMS ,para a Diabetes Mellitus ,estima que para o ano 2025 alcance um índice de 5,4% de toda a população maior de 20 anos. No Brasil ,hoje se estima que

11% da população são portadoras dessa doença, nossa população fica por abaixo deste indicador. Temos que melhorar a pesquisa, procurar de forma ativa os usuários. Do total de usuários cadastrados como diabéticos, alguns não estão indo a consulta ou nem todas às vezes para avaliação de seu estado geral e avaliação de risco, a maior quantidade de consultas são feitas só para renovação de receita de medicamento controlado para DM, a solicitação de exame é na própria consulta que temos que motivar aos usuários para fazer toda a avaliação. Desta maneira, realizamos a estratificação de risco cardiovascular por critério clínico aos usuários diabéticos. Todos recebem orientações sobre atividade física regular e alimentação saudável, seja em sua casa ou em outro espaço da comunidade pelo ACS, em visitas domiciliares e campanhas. Todos os usuários que tem acompanhamento na UBSF são avaliados com exame de seus pés e com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso assim como outros procurando sinais de complicações vasculares. A saúde bucal é um grave problema neste grupo de usuários, pois são encaminhados para avaliação de sua saúde bucal e muitos não assistem. Entre as causas deste problema poderíamos citar problemas culturais, religiosos e dificuldade de acessibilidade geográfica para a outra UBSF onde se encontra o odontologista, aspecto que temos que trabalhar em conjunto com o serviço de odontologia para melhorar a qualidade de vida dos usuários. Todo o referido para melhorar o atendimento do usuário hipertenso é válido também para o usuário diabético, são das patologias que vão muito ligadas e que dependem muito das modificações do estilo de vida, vontade do usuário para melhorar e não ter complicações e do trabalho contínuo, integrado, multidisciplinar e em equipe dos profissionais da saúde. Acredito que poderia se fazer muito mais no atendimento do pé diabético, facilitar pelo ministério, consultas especializadas ao alcance de todos os usuários, assim como medicamentos que fossem subsidiados para tratar as complicações desta doença muito comum hoje em dia e garantir espaços para educação integral do usuário com diabetes e avaliação deles, aumentar os espaços nos meios de comunicação para ensinar a população sobre sinais de alarme, complicações, tratamento, manejo e acompanhamento da diabetes.

Para melhorar o atendimento do programa de atenção à saúde do usuário com hipertensão e/ou diabetes em nossa unidade básica de saúde, iremos fazer capacitação do profissional da saúde no manejo da hipertensão e diabetes sempre

nas reuniões de equipe todas as semanas na quarta-feira no horário da tarde, assim como a capacitação no atendimento ao idoso feito pelo médico da unidade em relação com o tratamento de complicações tanto agudas como crônicas da mesma. Pesquisar, prevenir, tratar, acompanhar, evitar incapacidades e complicações, reabilitar a HAS e DM, é hoje um dos maiores objetivos da medicina familiar, pois são precisamente estas doenças quem estão exigindo mais de nosso trabalho, tudo o que nós fazemos hoje e fizermos ainda, serão para melhorar a qualidade de vida destes usuários. Estamos longe da perfeição, mas somente o fato de saber que temos visto usuários controlados, já é um grande passo para o controle desse grupo, pois sabemos das inúmeras complicações que essa patologia crônica causa. Existe aquela parcela que não cumprem os tratamentos, sendo a minoria, tratamos de fazer o possível para conscientização desses usuários, porém muitos acabam abandonando os tratamentos. Nossas ações, com certeza terão muita repercussão na qualidade de vida desses usuários, e esse é o nosso objetivo principal. A HAS e DM são doenças muito frequentes com alta morbimortalidade em muitos países do mundo entre eles o Brasil. As modificações de estilo de vida são de fundamental importância no processo terapêutico, para obter uma atenção integral destes usuários, deve-se melhorar sua qualidade de vida para evitar a aparição de complicações e poder garantir assim o desenvolvimento normal de suas atividades diárias. Estamos realizando programas de orientações em escolas e sociedades esportivas. Em nossos grupos fazemos entrega de medicamentos e orientações dietéticas e físicas.

A estimativa do número de idosos residentes em nossa área é de 454 usuários, mas, o número real de pessoas idosas em nossa unidade é de 501 idosos, sendo que 97% tem acompanhamento em dia e mais de 90% dos mesmos praticam atividades físicas regularmente e possuem alimentação saudável. Nossa equipe orienta a todos os idosos em cada consulta que é realizada.

Toda a equipe de saúde se esforça para oferecer um melhor atendimento, temos 429 usuários com avaliação multidimensional rápida o que corresponde a 94.4% do total de pessoas idosas. Um número importante a ser ressaltado é que destes usuários 221 sofrem de Hipertensão Arterial e 77 de Diabetes Mellitus o que representa 83.8% e 76.23% respectivamente, fato que deve ser levado em consideração pela equipe de saúde tendo em vista que a pessoa idosa que sofre

desse tipo de patologia tem mais risco de ter uma complicação, o que pode deixar sequelas graves e inclusive levar a morte. Nossa equipe de trabalho trata de fazer um acompanhamento adequado nestes usuários, tanto na consulta médica quanto nas visitas domiciliares.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), atualmente existem no Brasil, aproximadamente, 20 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, o que representa pelo menos 10% da população brasileira. Segundo projeções estatísticas da Organização Mundial de Saúde – OMS, no período de 1950 a 2025, o grupo de idosos no país deverá ter aumentado em quinze vezes, enquanto a população total em cinco. Assim, o Brasil ocupará o sexto lugar quanto ao contingente de idosos, alcançando, em 2025, cerca de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade. O trabalho com a pessoa idosa requeira de muita dedicação, paciência e humanismo, tendo em conta o lugar onde trabalha, com dificuldades de acesso para as pessoas que moram longe da instituição, os conflitos religiosos encontrados, o nível cultural dos moradores da região. Eu poderia afirmar que a cobertura de Saúde da Pessoa Idosa encontrada em minha área é boa chegando até uma estimativa de 88 % do total atendido. Nossa equipe de saúde se esforça para oferecer um melhor atendimento neste grupo populacional da maneira mais digna possível, este mesmo número de usuários encontra-se com acompanhamento em dia, nós aproveitamos cada encontro em consulta ou na casa dos usuários quando fazemos visitas domiciliar para fazer este tipo de avaliação, tendo em conta que a pessoa idosa que sofre desde tipo de patologia tem mais perigo de uma complicação que poderia deixar com sequelas inclusas morrer. Nossa equipe realiza um ótimo acompanhamento com estes usuários para avaliação de risco para morbimortalidade e com investigação de indicadores de fragilização na velhice, 227 usuários para 84%. Esta faixa etária necessita ter uma boa alimentação e praticar exercícios para manter uma boa saúde com o mínimo de complicações. É por isso que a orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis e para atividade física regular é muito importante para estes usuários. Nossa equipe de saúde continua trabalhando para melhorar o atendimento destas pessoas que merecem toda nossa atenção e carinho. A equipe de saúde trabalha em diferentes ações que vão encaminhadas a melhorar a saúde destes usuários, como a atenção clínica integral, atenção da

saúde bucal procurando ter um atendimento constante, continua e boa qualidade, atenção mental para alcançar uma avaliação completa do usuário. Fazem-se palestras referentes a temas importantes como a realização de exercícios físicos, a alimentação saudável e a importância do correto controle das doenças crônicas entre outras. Estes usuários constituem um grupo vulnerável da sociedade sobre o qual devemos incrementar nossos esforços para obterem uma melhor qualidade de vida. Acho que primeiramente devemos melhorar o registro de consultas da pessoa idosa que permita levar um controle de cada um dos idosos onde sejam colocados seus antecedentes, medicação, nível de vida, convivência e outros dados de interesses. Os idosos são a coluna dos povos, mas às vezes não são bem cuidados, e por isso que é fundamental realizar a visita domiciliar. Na minha UBSF estamos fazendo um trabalho diretamente para fazer mudanças de como podemos cuidar melhor aos idosos e dessa forma conseguir contribuir para que, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer, elas possam redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível. É função das políticas de saúde contribuir para que mais pessoas alcancem as idades avançadas com o melhor estado de saúde possível, no trabalho das equipes da atenção básica /saúde da família, as ações coletivas na comunidade, as atividades de grupo, a participação das redes sociais dos usuários, são alguns dos recursos indispensáveis para atuação nas dimensões culturais e sociais. Uma abordagem sistematizada para a promoção e manutenção da saúde voltada para as especificidades da população idosa. Além disso, é um processo diagnóstico multidimensional, influenciado por diferentes fatores tais como, ambiente onde o usuário vive a relação médico-usuário e médico-familiar, a história clínica, que compreende aspectos biológicos, psíquicos, funcionais e sociais e o exame físico. Um dos principais objetivos do cuidado desses usuários é com a manutenção da independência social, da mobilidade e das habilidades cognitivas, redução de mortalidade prematura causada por doenças agudas ou crônicas, extensão da expectativa de vida ativa e melhora na qualidade de vida (BRASIL, 2012).

Em minha equipe de saúde os principais desafios identificados foram:

Falta de saneamento básico individual e coletivo e sua influencia na aparição de doenças intestinais e doenças de pele;

Alto número de usuários com parasitoses;

Alta incidência de Hipertensão Arterial assim como pouca adesão à consulta médica;

Alta incidência de usuários com Diabetes Mellitus, assim como pouca adesão à consulta médica;

Preocupação da comunidade com a falta de serviços de odontológicos.

### **1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional**

Na Unidade Básica de Saúde Família S21 não tinha atendimento médico já que o médico anterior saiu de licença e não voltou mais a trabalhar ficando a comunidade da área sem atendimento pela mesma situação. A equipe ficou incompleta ,e por mais de um ano,o que ocasionou um incremento dos problemas na comunidade já que só tinha o atendimento médico em uma unidade de saúde de um bairro próximo aparecendo alguns problemas de saúde que necessitavam a presença física de um médico como por exemplo: as doenças digestivas e parasitárias, entre outros problemas, elevado número de usuários apresentando doenças crônicas não transmissíveis, por exemplo, hipertensão e diabetes sem seguimento médico, assim como retardo no atendimento pré-natal, puerpério, consulta de puericultura. Apresentou-se também,dificuldades no atendimento domiciliar pela falta médica.

Fazendo uma comparação depois da chegada do médico na unidade, melhorou a situação de saúde da comunidade significativamente, já que imediatamente foi feita um cronograma de atendimento médico priorizando os programas voltados à hipertensão, diabetes, atenção integral à criança e adolescente, saúde do homem, saúde da mulher, atendimento pré-natal e puerpério, o atendimento aos idosos, foi garantindo o atendimento a demandas espontânea, melhorou o acolhimento assim como as visitas nas escolas, fazendo atividades educativas de promoção de saúde e prevenção pelo médico durante as palestras educativas com a participação de integrantes de diversos grupos prioritários de hipertensos, diabéticos, crianças , idosos e grávidas com ajuda de líderes da comunidade, as visitas domiciliares a usuários acamados, que apresentam doenças



neurológicas, câncer , e outras condições estão sendo feitas de forma programática e com prioridade.

O objetivo primordial das áreas de saúde deve ser a promoção de saúde e a prevenção de doenças, mas analisa o ser humano como um todo, levando em conta os aspectos bidirecional e multidisciplinar, avaliando as respostas do hospedeiro, suas condições sistêmicas e os fatores de risco. É preciso promover a saúde e o bem-estar do indivíduo e da coletividade, por meio de ações multidisciplinares, a fim de contribuir para a redução da demanda por serviços médicos e dos gastos na atenção secundária e terciária. É muito importante a conduta correta dos profissionais da Equipe de Saúde da Família (médicos, dentistas, enfermeiros e agentes comunitários de saúde) diante dos fatores de riscos que podem estar relacionadas com a aparição das mesmas. O médico clínico geral é um dos agentes principais na promoção, prevenção de saúde juntamente com o resto da equipe.

Realizar a análise situacional foi importante para identificar os principais problemas que afetam a situação de saúde da comunidade como a falta de saneamento básico individual e coletivo e sua influência na aparição de doenças intestinais e doenças de pele , alto número de usuários com parasitoses, alta incidência de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, assim como alta taxa de ausências a consulta médica, onde nossa equipe vai fazer uma intervenção educativa para melhorar o atendimento, prevenção e tratamento das doenças hipertensão e diabetes a fim de diminuir os agravos sistêmicos causados e melhorar a qualidade de vida dos usuários.

## **2      Análise Estratégica**

### **2.1    Justificativa**

A escolha do foco de intervenção voltado para hipertensão e diabetes foi devido a necessidade de melhorar esta ação programática na nossa UBSF, e que é grande importância do tema na saúde da população brasileira. Na minha UBSF realmente é um problema que nossa equipe tem que buscar melhorias, já que alguns usuários marcam as consultas e não comparecem, além da baixa adesão às consultas, alguns chegam apenas para pegar a receita médica de seus tratamentos. Os mesmos tem dificuldade na realização de seus exames ao dia e apresentam muitas complicações agudas e crônicas como cardiovasculares, renais, neurológicas, vasculares e o pé diabético. Por isso nossa equipe precisa melhorar o atendimento, o cuidado e atenção a estes usuários. Na UBSF para melhorar o atendimento aos usuários com hipertensão e/ou diabetes é necessária a realização da intervenção. Nossa equipe precisa investir nas ações de promoção e prevenção de complicações, além de melhorar assistência às consultas médicas. Temos muito trabalho por fazer para melhorar a qualidade da atenção básica neste momento. Uma vez no mês ,fazemos reunião com os usuários que realizam acompanhamento para HAS e DM, conversamos sobre a doença, escutamos as dúvidas dos usuários e fazemos as orientações pertinentes. É importante aumentar o número de atividades de prevenção de fatores de risco destas doenças, como sedentarismo, obesidade, hábitos alimentares não saudáveis, tabagismo, uso excessivo de álcool. Considero vital o trabalho em equipe para modificar os estilos de vida da população. Neste momento com apoio dos agentes comunitários estamos atualizando o cadastro para fazer um correto planejamento das ações de saúde e melhorar também a pesquisa, obtendo com isto uma das ações mais importantes que fazemos todos os médicos que praticamos a medicina familiar: a prevenção, pois

são de grande importância um diagnóstico e tratamento precoce. É certa que a atenção oferecida a hipertensos, tem maior relevância que outras patologias, temos que melhorar para garantir levar o programa como estabelecido, a maioria das vezes ainda a equipe não tem identificada toda a população deste grupo, não controla o acompanhamento adequadamente, o que leva ao aumento considerável das complicações desta doença.

A UBSF S21 está localizada no Município de Manaus, Amazonas. Sua fundação foi realizada no dia 13 de março do ano 2000 na gestão do prefeito, na época, Alfredo Nascimento e pela Secretaria de Saúde do Município; Prefeitura de Manaus e Governo do Estado. Atualmente, possui uma estrutura antiga e necessita de reparação geral, o que já é uma demanda inclusa no programa de reestruturação do distrito de saúde sul do Município. Está vinculada com o SUS e não possui vínculos com instituições de ensino. Trabalha com o modelo de Estratégia de Saúde da Família (ESF). Está composta por 6 agentes comunitários de saúde, 1 enfermeira, 1 médico clínico geral, 1 odontólogo, 1 técnica de saúde bucal e 2 técnicas de enfermagem. Sua estrutura física é composta de uma sala de recepção (que serve com uma sala de triagem também), um consultório médico (onde se fazem os curativos, esterilização, coleta de preventivos e as consultas de enfermagem), uma sala de farmácia, uma cozinha, um banheiro onde se encontram os depósitos de material de limpeza.

Minha Unidade Básica de Saúde da Família é adequada ao tamanho da população em sua área de abrangência, já que atende um total de 3.896 pessoas. A distribuição da população por sexo e faixa etária da USBF também está de acordo com a distribuição brasileira dentro dos limites estimativos, sendo que o total das mulheres é de 2021 que representa 51,9 % e o total de homens é de 1875 representando 48,1% do total da população com maior predomínio no sexo feminino. Com relação a faixa etária temos que o grupo de maior incidência é de pessoas com 20 anos ou mais com um total de 2509 do total, 901 mulheres em idade fértil entre (10-49 anos), pessoas com 60 anos ou mais 454 dos quais 251 são mulheres e 203 homens. Do total de usuários cadastrados com hipertensão apenas 171 (22%) são acompanhados na UBSF, a maior quantidade de consultas é feita apenas para renovação de receita de medicamento para HAS e solicitação de exame. Quanto a

estimativa do CAP para o diabetes é de 221 usuários, mas, apenas 123 (56%) é acompanhado na UBSF. A orientação sobre prática de atividade física regular e orientação nutricional para uma boa alimentação saudável sempre são temas tratados durante o atendimento desses usuários.. O número de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área é de 773 usuários, mas, apenas 171 são acompanhados na unidade básica sendo que esta é uma dificuldade na qual nossa equipe está trabalhando neste período para melhorar os indicadores tendo em conta que esse dado é uma das determinantes propostas pelo Ministério, por isso nossa equipe está incrementando o total de usuários cadastrados na minha unidade. Do total todos têm identificação dos fatores de riscos, exames médicos em dia assim como algumas tem dificuldade com o atraso na consulta médica.

Todos os usuários que tem acompanhamento na UBSF são avaliados com exame de seus pés e com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso assim como outros procurando sinais de complicações vasculares. A saúde bucal é um grave problema neste grupo de usuários, pois são encaminhados para avaliação de sua saúde bucal e muitos não assistem, entre as causas deste problema poderíamos citar problemas culturais, religiosos e dificuldade de acessibilidade geográfica para a outra UBSF onde se encontra o odontologista, aspecto que temos que trabalhar em conjunto com o serviço de odontologia para melhorar a qualidade de vida dos usuários. Todo o referido para melhorar o atendimento do usuário hipertenso é valido também para o usuário diabético, são das patologias que vão muito ligadas e que dependem muito das modificações do estilo de vida, vontade do usuário para melhorar e não ter complicações e do trabalho continuo, integrado, multidisciplinar e em equipe dos profissionais da saúde.

Acredito que poderia se fazer muito mais no atendimento do pé diabético, facilitar pelo ministério , consultas especializadas ao alcance de todos os usuários assim como medicamentos que fossem subsidiados para tratar as complicações desta doença muito comum hoje em dia e garantir espaços para educação integral do usuário com diabetes, e avaliação deles, aumentar os espaços nos meios de comunicação para ensinar a população sobre sinais de alarme, complicações, tratamento, manejo, acompanhamento da diabetes. Para melhorar o atendimento em nossa unidade básica de saúde se está fazendo capacitação do profissional da

saúde no manejo da hipertensão e diabetes sempre nas reuniões de equipe todas as semanas sempre as quarta- feiras no horário da tarde assim como a capacitação no atendimento ao idoso feito pelo medico da unidade em relação com o tratamento de complicações tanto agudas como crônicas da mesma.

Os usuários idosos com HAS e DM também devem ser cuidados pela equipe de saúde tendo em vista que a pessoa idosa com estas doenças ,tem mais risco de ter uma complicação, o que pode deixar sequelas graves inclusive levar a morte. Nossa equipe de trabalho trata de fazer um acompanhamento adequado nestes usuários, tanto na consulta médica quanto nas visitas domiciliares.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção à saúde da pessoa com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus na UBSF S21, Manaus/AM.

### **2.2.2 Objetivos específicos e metas**

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

**Meta 1.1** Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Meta 1.2** Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

**Meta 2.1.** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

**Meta 2.2.** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

**Meta 2.3.** Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Meta 2.4.** Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Meta 2.5.** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 2.6.** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 2.7.** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

**Meta 2.8.** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

**Meta 3.1.** Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Meta 3.2.** Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

**Meta 4.1.** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 4.2.** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

**Meta 5.1.** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 5.2.** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

**Meta 6.1.** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

**Meta 6.2.** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

**Meta 6.3.** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

**Meta 6.4.** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

**Meta 6.5.** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

**Meta 6.6.** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

**Meta 6.7.** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

**Meta 6.8.** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

## **2.3 Metodologia**

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) S21, em Manaus/ AM. Participarão da intervenção todos os usuários cadastrados com HAS e DM de nossa ESF. As ações realizadas na intervenção serão baseadas no cronograma aprovado na reunião da equipe. Portanto, para alcançar os objetivos propostos foram estabelecidas metas e ações a ser realizado, o cadastro dos usuários hipertensos e diabéticos na planilha de coleta de dados (anexo B) era feito no momento da consulta, para o registro das atividades serão utilizados o prontuário clínico individual e a ficha espelho (anexo C) dados obtidos destes registros serão preenchidos na planilha de coleta de dados para monitoramento e acompanhamento das metas e indicadores.

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

**Objetivo 1:** Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos

**Meta 1.1** Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Meta 1.2** Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

### **Ações**

#### **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

O monitoramento das ações será feito com avaliação mensal dos registros realizados pelos profissionais, que são realizados na ficha de atendimento própria da UBSF, cartão de hipertensão arterial e diabetes, cartão de vacinação, livro de registro odontológico, livro de registro das visitas domiciliares, cartão espelho (a ser implantado), ou seja, ficha espelho do curso para hipertensos e diabéticos (anexo C) para facilitar as informações a serem colhidas, conforme as metas e indicadores estabelecidos para intervenção. e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Para ampliar a cobertura de atenção buscando a meta de 100% dos hipertensos e diabéticos realizem seu seguimento médico, no eixo de organização e gestão do serviço, será providenciada o cadastramento da população de hipertensos e diabéticos da área adstrita e priorizado o seu atendimento. O Monitoramento da cobertura da hipertensão e diabetes será mensal. Semanalmente, durante reunião da equipe, serão discutidas com os ACS as visitas da semana e se descobrirem algum caso de hipertenso ou diabético sem cadastros ou com alguma dificuldade de atraso nas consultas médicas ou na realização de exames médicos, este será encaminhado para consulta médica. Em caso de cadastro de algum usuário novo deverá ser encaminhado de imediato com maior prioridade e se, por acaso apresentar resistência, será realizada visita domiciliar pela Enfermeira ou pelo médico a fim de convencer ao usuário.

#### **ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

A organização e gestão do serviço vão ser feitas com avaliação mensal dos registros realizados pelos profissionais, que são realizados na ficha de atendimento própria da UBSF, onde vai ser garantido um registro dos 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados no programa de hiperdia tendo já pronta a condição



necessária como são a quantidade de prontuários, o planejamento das visitas domiciliares e as fichas de registro das informações. A equipe de saúde vai garantir a melhoria do acolhimento na recepção da UBSF no horário de espera da consulta médica. Nossa equipe está trabalhando com a implantação de seu acolhimento e fazendo mudanças nos modos de organização, nas relações entre os trabalhadores e nos modos de cuidar. Para acolher a demanda espontânea com equidade e qualidade, não basta distribuir senhas em número limitado (fazendo com que os usuários formem filas na madrugada), nem é possível (nem necessário) encaminhar todas as pessoas ao médico (o acolhimento não deve se restringir a uma triagem para atendimento médico). Positivamente nossa equipe tem conseguido lidar com as necessidades de saúde da população, pois todas as ofertas estão sempre à disposição para serem agenciadas, quando necessário e na realização da escuta qualificada da demanda. Nossa equipe está sempre discutindo e definindo o modo como os diferentes profissionais participarão do acolhimento sendo que agora na última reunião da equipe ficou como acordo planejar duas vagas todos os dias para demanda espontânea para consulta médica ,para assim,dessa maneira evitar a demora do atendimento médico para marcar uma consulta necessária pelos usuários

## **ENGAJAMENTO PÚBLICO**

Para fazer o processo de cadastramento do total dos hipertensos e diabéticos, é importante a conscientização dos usuários em relação a importância do processo do cadastramento atualizado e de procurar trazer para as consultas médicas toda a documentação pessoal como CPF, cartão do SUS ,identidade cartão do idoso e outras documentação para a realização do cadastramento. Além disso, nossa equipe de saúde vai ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão arterial e diabetes assim como esclarecer aos portadores de hipertensão e, diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas e orientando aos usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

## **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

Durante as três primeiras semanas da intervenção, o médico irá fazer uma capacitação dos ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde. A capacitação vai estar em relação sobre o preenchimento correto dos dados dos usuários para fazer o cadastro, além do preenchimento da ficha espelho, fazendo esclarecimento das principais dúvidas em relação as informações que aparecem nas fichas espelhos.

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

**Meta 2.1.** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

**Meta 2.2.** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos

### **Ações**

## **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

Em caso de atraso a consulta médica, o ACS deverá agendá-las na quinta-feira da semana seguinte no horário da manhã. Nesta mesma reunião serão repassados nomes de hipertensos e diabéticos que faltaram na consulta ou na reunião coletiva para que sejam visitadas de imediato.

Durante a 1ª consulta será medida a pressão arterial e a glicose, sempre explicando os benefícios da realização; monitorar a realização de pelo menos um exame por semestre em todos os usuários, questionando a realização a cada consulta, registrando a realização na ficha de acompanhamento; o ACS deverá estar informando às datas e horários de realização do exame para informar aos usuários e será orientado a investigar e estimular a realização do exame durante a visita domiciliar; Os exames de peso e altura deverão ser realizados em todas as consultas, acompanhando o registro de realização na ficha de acompanhamento mensalmente.

## **ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

Os agentes comunitários de saúde vão organizar visitas domiciliares para buscar os hipertensos e diabético faltoso às consultas médica assim como o agendamento para o acolhimento aos hipertensos e diabéticos encontrados nas visitas domiciliares e priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco organizando a agenda para o atendimento desta demanda.

## **ENGAJAMENTO PÚBLICO**

O médico vai informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde. Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente. Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. Assim como orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

## **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

Também a capacitação da equipe da unidade de saúde para fazer a verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

**Meta 2.3.** Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Meta 2.4.** Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

## **Ações**

### **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

Solicitação e a realização de todos os exames na 1ª consulta ; identificar problemas no agendamento, realização e devolução do resultado dos exames; estabelecer sistemas de alerta para a realização dos exames. Os exames possuem uma ficha de requisição para solicitação, na ficha de requisição de exames existe uma parte onde são descritos os dados clínicos onde destacamos os dados descrevendo se tem algum sintoma de descompensação, Quando o usuário retornar para sua consulta de seguimento os exames será anotado e prontuário e ficha de acompanhamento. Semanalmente serão transmitidas aos ACSs informações sobre

os hipertensos e diabéticos que comparecem as consultas e que não realizaram seus exames.

## **ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

A equipe vai definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos. O médico clínico geral vai fazer uma capacitação dos integrantes da equipe em relação a intervenção, irá dialogar sobre como será feita, o tempo, os registros adotados pela unidade de saúde. Durante o atendimento o médico vai garantir a solicitação dos exames complementares.

## **ENGAJAMENTO PÚBLICO**

O médico clínico geral vai informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde. Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente. Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

## **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado em relação a solicitação de exames complementares além de que o médico deve fazer o processo de seleção dos exames necessários para fazer a solicitação em cada consulta em relação a ficha espelho adequada para hipertensos e diabéticos.

**Meta 2.5.** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 2.6.** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

## **Ações**

### **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

Contamos com o apoio de toda a equipe de saúde da ESF para fazer um registro específico com o cadastro do total de usuários hipertensos e diabéticos cadastrados

na área de abrangência da ESF que recebem remédios da farmácia popular sendo que ,em nossa comunidade,temos lotada uma farmácia e fazemos a vinculação da maior parte dos hipertensos e diabéticos para receber remédios controlados gratuitos que não chegam para nossa unidade de saúde para monitoramento e avaliação destas doenças uma vez por mês o responsável será o médico da ESF.

### **ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

Fizemos um cronograma para os ACS onde ficou decidido semanalmente quem vai receber o usuário que chega, como avaliar o risco e a vulnerabilidade desse usuário; o que fazer de imediato; quando encaminhar/agendar uma consulta médica para o médico solicitar a receita dos remédios controlados para nossos usuários receberam os remédios na farmácia popular em curto período de tempo.

### **ENGAJAMENTO PÚBLICO**

Toda a equipe de saúde se esforça para oferecer um melhor atendimento, orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular e a importância da realização do processo do cadastramento individual de cada usuário para fazer a prescrição dos remédios da farmácia popular para aqueles que consomem medicamentos que não chegam a nossa unidade de saúde, onde os agentes comunitários de saúde tem a responsabilidade de fazer o processo de agendamento de consultas médicas para aqueles usuários que precisam renovar a receita da farmácia popular após os três meses de consumo dos medicamentos.

### **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

A equipe de saúde sempre irá orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, orientação que se fará sempre em todas as atividades do trabalho tanto nas consultas médicas, consultas de enfermagem assim como durante a realização das atividades de visitas domiciliares durante a realização do processo de cadastramento individual de cada usuário.

**Meta 2.7.** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

**Meta 2.8.** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos

### **Ações**

#### **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

Para ampliar a cobertura de atenção a saúde bucal dos hipertensos e diabéticos, buscando a meta de que 100% dos usuários tenham pelo menos uma consulta de saúde bucal, no eixo de organização do serviço, será providenciado que todos os usuários durante a 1ª consulta de atendimento deverão ser encaminhadas a consulta odontológica, sempre explicando a necessidade da realização, os benefícios e os malefícios da não realização; monitorar a realização de avaliação de saúde bucal em todos os usuários com acompanhamento dos registros do consultório odontológico; o ACS durante a visita domiciliar deverá investigar a realização da mesma, enfatizando os benefícios; o ACS deve estar informado das datas e horários das consultas para informar aos usuários e facilitar o acesso.

#### **ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

A técnica de saúde bucal vai organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos hipertensos e diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Semanalmente toda quinta-feira vai ser feita a marcação de consultas odontológicas com a possibilidade de uma vaga diária por cada microarea ou por cada agente comunitário sendo que, durante a realização da intervenção, vai ser feita uma ordem de prioridade para os usuários com HAS e DM para garantir um atendimento odontológico, fazendo monitoramento nas reuniões da equipe semanalmente.

#### **ENGAJAMENTO PÚBLICO**

Os agentes comunitários de saúde vão informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas odontológicas como vai ser feita a marcação delas, os horários e também o médico vai orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular com o atendimento pelo dentista e esclarecer aos usuários e a comunidade quanto à importância de ter uma boa saúde bucal e fazer acompanhamento regularmente com o dentista.

## **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

O médico vai capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos. Os agentes comunitários de saúde vão ter uma capacitação quanto a importância e a periodicidade das consultas odontológicas a serem realizadas. Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros odontológicos no prontuário individual de cada usuário e na ficha espelho além de fazer entender aos usuários a importância necessária do acompanhamento odontológico dos hipertensos e diabéticos.

**Objetivo 3:** Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

**Meta 3.1.** Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Meta 3.2.** Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

### **Ações**

## **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

Os hipertensos e diabéticos devem ter prioridade no atendimento, principalmente nas intercorrências; os profissionais responsáveis pela realização das consultas devem monitorar a prevalência de intercorrências dos hipertensos e diabéticos atendidas no mesmo dia da solicitação de atendimento todos os atendimentos a intercorrências dos usuários deverão ser registrados na ficha de atendimento, facilitando o monitoramento. Assim como os agentes comunitários de saúde serão os responsáveis de fazer o processo de buscas dos ausentes nas consultas onde semanalmente se fará um controle dos usuários ausentes na reunião da equipe onde se tomará como acordo ,fazer a busca para remarcar consulta na semana seguinte.

## **ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

Os agentes comunitários de saúde vão organizar visitas domiciliares para buscar os hipertensos e diabéticos faltosos às consultas médicas, assim como o agendamento para o acolhimento aos hipertensos e diabéticos encontrados nas visitas domiciliares

e priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco organizando a agenda para o atendimento desta demanda.

## **ENGAJAMENTO PÚBLICO**

Toda a equipe de saúde se esforça para oferecer um melhor atendimento, orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular e a importância da realização do processo do cadastramento individual de cada usuário e de não faltar a consultas médicas e de enfermagem uma vez que for feito o agendamento falando da importância do acompanhamento para ter o controle das doenças que apresenta o usuário.

## **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

A equipe de saúde irá sempre a orientar os usuários sobre a importância para não faltar às consultas médicas de acompanhamento, orientação que se fará sempre em todas as atividades do trabalho tanto nas consultas médicas, consultas de enfermagem, assim como durante a realização das atividades de visitas domiciliares durante a realização do processo de cadastramento individual de cada usuário onde se fará a busca sempre na semana seguinte sua falta sendo de responsabilidade de cada agente de saúde o processo de reagendamento de cada usuário faltoso.

**Objetivo 4:** Melhorar o registro das informações.

**Meta 4.1.** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 4.2.** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

### **Ações**

## **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

O monitoramento das ações da ficha de acompanhamento será feito com avaliação mensal dos registros realizados pelos profissionais, que são realizados na ficha de atendimento própria da UBSF, cartão de hipertensão arterial e diabetes, cartão de vacinação, livro de registro odontológico, livro de registro das visitas domiciliares, cartão espelho (a ser implantado), para facilitar as informações a serem colhidas, conforme as metas e indicadores estabelecidos para intervenção.



Para ampliar a cobertura de atenção, buscando a meta de que 100% dos hipertensos e diabéticos realizem seu seguimento médico como está estabelecido pelo ministério da saúde, no eixo de organização e gestão do serviço, será providenciada o cadastramento da população de hipertensos e diabéticos da área adstrita e priorizando o seu atendimento. Logo no primeiro contato com o usuário com hipertensão arterial e diabetes, deve ser solicitado o cartão de vacina para investigação das doses realizadas em relação à idade e o cronograma normal de vacinação, explicando os benefícios da vacinação, os ACS devem investigar a vacinação no cartão da gestante durante a visita domiciliar.

## **ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

As técnicas de enfermagem vão garantir diariamente o material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde, manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde, além de realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos. Será feita a impressão do total de fichas espelho na impressora da unidade onde a enfermeira vai trazer as folhas necessárias para impressão.

## **ENGAJAMENTO PÚBLICO**

Para fazer o processo de acompanhamento das fichas dos usuários do total dos hipertensos e diabéticos, é importante a conscientização dos usuários em relação ao processo do cadastramento atualizado e de procurar trazer para as consultas medicas toda a documentação pessoal como CPF, cartão do SUS, identidade cartão do idoso e outras documentação para a realização do atendimento e preenchimento correto da ficha de acompanhamento. Orientando aos usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

## **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

O médico vai capacitar a equipe quanto a estratégia para realizar o preenchimento das fichas, evitando erro ,assim como fazer uma capacitação do preenchimento das ficha de acompanhamento que vai ser feita nas três primeiras semana da

intervenção com o objetivo do esclarecimento das dúvidas individuais que possam ter qualquer membro de nossa equipe.

Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

**Meta 5.1.** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 5.2.** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

### **Ações**

#### **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

Durante a 1ª consulta será feito pelo médico a estratificação do risco cardiovascular sendo feita sempre a medida a pressão arterial e a glicose, sempre explicando os benefícios da realização; monitorar a realização de pelo menos um exame por semestre em todos os usuários, questionando a realização a cada consulta, registrando a realização na ficha de acompanhamento. O ACS deverá informar as datas e horários de realização do exame aos usuários e será orientado a estimular a realização do exame durante a visita domiciliar. A medida de peso e altura deverá ser realizada em todas as consultas, acompanhando o registro de realização na ficha de acompanhamento mensalmente.

#### **ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

A equipe vai definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de estratificação do risco cardiovascular para usuários hipertensos e diabéticos. O médico clínico geral vai fazer uma capacitação dos integrantes da equipe em relação a intervenção e a estratificação como será feita a mesma, o tempo, o registro adotados pela unidade de saúde. Durante o atendimento, o médico vai garantir a solicitação dos exames complementares durante a consulta médica do coração para estratificação do risco.

#### **ENGAJAMENTO PÚBLICO**

A equipe de saúde vai oferecer um melhor atendimento; orientar aos usuários quanto ao seu nível de risco das doenças cardiovasculares e à importância do

acompanhamento regular e a importância da realização do processo do cadastramento individual de cada usuário e de não faltar a consultas médicas e de enfermagem ,uma vez que estiver feito o agendamento falando da importância do acompanhamento para ter o controle das doenças que apresenta o usuário.

## **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

Capacitar a equipe para a realização de exame clínico cardiovascular ao menos uma vez ao ano. Além de explicar sobre a solicitação de exames complementares para fazer a estratificação do risco cardiovascular durante a realização das visitas domiciliares e nas consultas medicas.

**Objetivo 6:** Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

**Meta 6.1.** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

**Meta 6.2.** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos

### **Ações**

## **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

O monitoramento das ações também deve estar voltado para realização da prescrição de hábitos de vida saudáveis, feito por cada um dos integrantes da equipe em cada atendimento feito para cada hipertenso e diabético atendido e acompanhando os registros de prescrição na ficha de atendimento mensalmente fazendo avaliação em cada reunião da equipe semanalmente.

## **ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

A equipe vai organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável, organizar práticas coletivas para orientação aos usuários em cada atividade feita tanto nas visitas domiciliares assim como nas consultas medicas assim como fazer uma palestra educativa na unidade em relação a importância da alimentação saudável e evitar a obesidade.

## **ENGAJAMENTO PÚBLICO**

Durante a realização das palestras educativas tanto no horário de espera da consulta médica, assim como nas visitas domiciliares e orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes. As atividades educativas vão ser feitas em relação á orientação da comunidade sobre a importância de realizar avaliação do peso , alimentação correta, especialmente dos hipertensos e diabéticos,o adequado controle de fatores de risco e orientar e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável para os familiares.

### **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis como são práticas de alimentação saudável e para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

**Meta 6.3.** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

**Meta 6.4.** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

#### **Ações**

### **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

O monitoramento das ações também deve estar voltado para realização da prescrição de hábitos de vida saudáveis como a realização de esportes, feito por cada um dos integrantes da equipe em cada atendimento para cada hipertenso e diabético atendido e acompanhando os registros de prescrição na ficha de atendimento mensalmente fazendo avaliação em cada reunião da equipe semanalmente.

### **ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

A equipe vai organizar práticas coletivas sobre atividade físicas saudável e sua relação com a saúde, organizar práticas coletivas para orientação aos usuários em cada atividade feita tanto nas visitas domiciliares assim como nas consultas médicas e fazer uma palestra educativa na unidade em relação à importância da realização de esportes e evitar o sedentarismo.

## **ENGAJAMENTO PÚBLICO**

Durante a realização das palestras educativas tanto no horário de espera da consulta médica, assim como nas visitas domiciliares, vamos orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes. As atividades educativas vão ser feitas para orientação da comunidade sobre a importância de evitar o sedentarismo, realizar atividade física adequada e controle de fatores de risco, além de orientar seus familiares sobre a importância da realização de atividades físicas.

## **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

Capacitar a equipe quanto a estratégia para o controle de fatores de risco modificáveis como são práticas de atividades físicas e para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

**Meta 6.5.** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

**Meta 6.6.** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

### **Ações**

## **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

O monitoramento das ações também deve estar voltado para realização da prescrição de hábitos de vida saudável como evitar o tabagismo, feito por cada um dos integrantes da equipe em cada atendimento para os usuários atendidos. Além de acompanhar os registros de prescrição na ficha de atendimento mensalmente fazendo avaliação em cada reunião da equipe semanalmente.

## **ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

A equipe vai organizar práticas coletivas sobre orientação em relação ao tabagismo e seus efeitos nocivos com a saúde, organizar práticas coletivas para orientação aos usuários em cada atividade feita tanto nas visitas domiciliares assim como nas consultas médicas e fazer uma palestra educativa na unidade em relação à

importância de evitar o tabagismo para hipertensos e diabéticos fumantes de nossa comunidade.

## **ENGAJAMENTO PÚBLICO**

Durante a realização das palestras educativas tanto no horário de espera da consulta médica, assim como nas visitas domiciliares, a comunidade será orientada sobre os fatores de risco para o desenvolvimento da hipertensão e diabetes. As atividades educativas vão ser feitas para orientação da comunidade sobre a importância de evitar o tabagismo, especialmente os hipertensos e diabéticos; o adequado controle de fatores de risco e orientar e seus familiares sobre a importância de evitar o tabagismo tanto para fumantes como não fumantes.

## **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis como são em relação com o tabagismo e para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

**Meta 6.7.** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

**Meta 6.8.** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos

### **Ações**

## **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

O monitoramento das ações também deve estar voltado para realização da prescrição de hábitos de vida saudáveis em relação a higiene bucal e limpeza dos dentes, feito por cada um dos integrantes da equipe em cada atendimento feito para cada hipertenso e diabético, assim como pela técnica de saúde bucal durante as consultas odontológicas e acompanhando os registros de prescrição na ficha de atendimento mensalmente fazendo avaliação em cada reunião da equipe semanalmente.

## **ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

O médico vai organizar práticas coletivas sobre a importância da higiene bucal e sua relação com a saúde, organizar práticas coletivas para orientação aos usuários em cada atividade feita tanto nas visitas domiciliares assim como nas consultas médicas e fazer uma palestra educativa na unidade em relação à importância da higiene bucal feita pelo médico e técnica de saúde bucal.

## **ENGAJAMENTO PÚBLICO**

Durante a realização das palestras educativas tanto no horário de espera da consulta médica, assim como nas visitas domiciliares e orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes. As atividades educativas vão ser feitas para orientação da comunidade sobre a importância de evitar as cáries tendo uma boa higiene bucal fazendo a limpeza correta dos dentes, especialmente dos hipertensos e diabéticos. Além do adequado controle de fatores de risco e orientar e seus familiares sobre a importância da saúde bucal.

## **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis; estimular a higiene bucal e realizar o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

### **2.3.2 Indicadores**

#### **Objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.**

**Meta 1.1. Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde**

**Indicador 1.1:** Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Numerador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

**Meta 1.2. Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.**

**Indicador 1.2:** Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Numerador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

**Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.**

**Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.**

**Indicador 2.1.** Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.**

**Indicador 2.2.** Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.**

**Indicador 2.3.** Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia.



Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.**

**Indicador 2.4.** Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de diabéticos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.**

**Indicador 2.5.** Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos.

**Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.**

**Indicador 2.6.** Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

**Meta 2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.**

**Indicador 2.7.** Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de hipertensos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.**

**Indicador 2.8.** Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de diabéticos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.**

**Meta 3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.**

**Indicador 3.1.** Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

**Meta 3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.**

**Indicador 3.2.** Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

**Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.**

**Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.**

**Indicador 4.1.** Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.**

**Indicador 4.2.** Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular**

**Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.**

**Indicador 5.1.** Proporções de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.**

**Indicador 5.2.** Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.**

**Meta 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.**

**Indicador 6.1.** Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.**

**Indicador 6.2.** Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.**

**Indicador 6.3.** Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.**

**Indicador 6.4.** Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.**

**Indicador 6.5.** Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.**

**Indicador 6.6.** Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.**

**Indicador 6.7.** Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.**

**Indicador 6.8.** Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

### 2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção com foco na Hipertensão e Diabetes vamos adotar o Manual Técnico de Hipertensão Arterial e Diabetes do Ministério da Saúde, 2008. Utilizaremos a ficha de Hipertensão - hipertensão e diabetes (anexo B) e a ficha espelho (anexo C) disponibilizada pelo curso. A ficha espelho prevê a coleta de informações sobre as medicações em uso dos usuários contínuos, fluxograma dos exames laboratoriais e as principais estratificações de risco, exame físico e os principais fatores de riscos que apresentam os usuários, assim para poder coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção. Faremos contato com o gestor do distrito de saúde o qual se comprometeu a ajudar a nossa equipe de saúde com a logística necessária para fazer a intervenção com êxito e para a colaboração com logística de folhas, tinta para nossa impressora e materiais educativos para fazer as palestras educativas. A enfermeira vai solicitar a impressão de 180 fichas espelho necessária já que nossa equipe de saúde tem já um total de 80 fichas prontas para poder preencher o total de usuários com hipertensão e diabetes e imprimir os exames complementares que serão anexados às fichas espelho. Para o acompanhamento da intervenção será utilizada a planilha normal do atendimento o prontuário médico de coleta de dados.

Para organizar o registro específico do programa, o médico revisará o livro de registro identificando todos os usuários que tinham atendimento médico nos últimos quatro meses. O profissional médico localizará os prontuários destes usuários e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho. Ao mesmo tempo, realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso e vacinas em atraso.

Nossa equipe de saúde se encontra fazendo uma revisão de todos os prontuários existentes na UBSF nas quartas-feiras para conhecer melhor faixa etária assim como nas visitas domiciliares semanais para atualização do cadastro. A equipe básica de saúde completa se encontra realizando identificação, organização e monitoramento e buscando as informações de cada integrante para poder viabilizar toda a informação em relação com o comportamento das variáveis raças, sexo e idade (As informações dados gerais dos usuários idades, raça, sexo,

identidade, CPF, registro civil e endereço). O responsável é a enfermeira da UBSF e uma técnica de enfermagem, acontecendo na UBSF e também na realização das visitas domiciliares.

Em relação com o acolhimento será feito um cronograma para fazer a recepção dos usuários com hipertensão e diabetes na chegada na UBSF no qual vão participar sempre 1 técnica de enfermagem e 1 agente comunitário de saúde, priorizando o atendimento com maior qualidade e para diminuir o tempo de espera antes do atendimento.

O médico é responsável pelo controle e realização das palestras educativas que a equipe de saúde tem todas as segundas-feiras, onde todos estão engajados. As palestras educativas são feitas na recepção da UBSF, nas escolas, na comunidade. O médico vai fazer um processo de capacitação para toda equipe de saúde em relação aos diferentes temas que irão ser abordados durante a intervenção durante as primeiras três semanas da intervenção abordando os principais aspectos em relação às palestras educativas e o planejamento das visitas domiciliares. Semanalmente, a enfermeira fará um cadastro nas reuniões de equipe onde identificará aqueles usuários que apresentam fatores de riscos com ajuda dos agentes comunitários de saúde, para desta maneira, fazer os grupos de usuários nos quais o médico fará as palestras com até 10 usuários cada semana e todas as informações coletadas serão consolidadas no prontuário médico individual. Todas as quintas-feiras no período da manhã, serão realizadas palestras educativas de diversos temas onde sempre está presente as complicações das doenças tendo um controle no prontuário no segmento na consulta assim como nas visitas domiciliares. Faz-se durante as palestras educativas check-up da pressão arterial, glicose, peso entre outras atividades para identificação.

Todas as sextas-feiras se fará um levantamento individualmente por cada agente de Saúde em relação à porcentagem do cadastramento na semana assim como os principais motivos e causas quando não se cumpre as estatísticas e indicadores. A identificação individual e específica de cada agente de saúde das causas e motivos de algum problema no cadastramento assim como nas reuniões da equipe todas as quartas-feiras se faz a identificação da solução do problema na semana. Para acolher a demanda de intercorrências agudas não há necessidade de alterar a organização da agenda, estas serão priorizadas nas consultas disponíveis

para pronto atendimento. Para agendar os usuários provenientes da busca ativa serão reservadas oito consultas por semana. A busca ativa de cada usuário vai ser responsabilidade do agente comunitário de saúde da área a qual representa e sempre vai ser de conhecimento para toda a equipe onde nas reuniões semanais vai ser um ponto de importância para fazer a análise, assim como a solicitação dos encaminhamentos necessários para realizar as avaliações para as diferentes especialidades no caso dos usuários que apresentar necessidade nas diferentes policlínicas e hospitais da região sul onde será feito sempre o processo de contrarreferência pelos médicos especialistas ao retorno do usuário na UBSF.

Faremos contato com a associação de moradores e os representantes com a comunidade nas lojas, terminal de ônibus, mercadinhos, padarias, nas duas igrejas, nas escolas e outras áreas de abrangência e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância da realização do seguimento das doenças hipertensão e diabetes. Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar aceitação das consultas e participação de nossos grupos e de esclarecer a comunidade sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional. Esclarecer a comunidade sobre a importância da realização da consulta médica e o cadastramento na UBSF sobre as facilidades de ter perto de suas casas. Esclarecer a importância do acompanhamento regular. Ao final de cada mês, as informações coletadas na ficha espelho serão consolidadas na planilha eletrônica.

Além disso, o arquivamento das informações vai ser feito em três pastas com divisão para cada mês da intervenção e cada mês vai ter um registro individual do trabalho feito em cada semana.



### 2.3.4 Cronograma

AÇÕES	SEMANAS															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Capacitação dos profissionais de saúde da UBSF sobre o protocolo de hipertensão e diabetes	x	x	x													
Estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática	x	x														
Cadastramento e identificação dos dados gerais de todos os usuários da área com hipertensão arterial e diabetes	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância da ação programática de hiperdia solicitando apoio para o cadastramento e para as demais estratégias que serão implementadas	x		x		x			x				x	x			
Atendimento clínico de usuários com hipertensão e diabetes e identificação das principais complicações	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Trabalho com os grupos de hipertensão e diabetes em relação a pesquisa de fatores de riscos e atividades de prevenção dos mesmos	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Capacitação dos ACS para realização de avaliação do nível de conhecimento dos usuários do tratamento da hipertensão e diabetes .	x	x														x
Busca ativa de hipertensos e diabéticos faltosos às consultas de seguimento.	x	X	x	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x	x	x	x
Monitoramento da intervenção	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x	x	x	X
Avaliação da efetividade da intervenção educativa.			x				x				X					

### **3 Relatório da Intervenção**

Nossa intervenção ocorreu em 12 semanas (3 meses) e não em 16 conforme solicitado no início do curso. Isso ocorreu devido ao meu período de férias que antecedeu a intervenção e quando retornei, a Unidade 3 que é a intervenção propriamente dita já estava em andamento.

#### **3.1 Ações previstas e desenvolvidas**

O transcurso da intervenção para melhorar o atendimento dos usuários com hipertensão e diabetes na UBSF S21 foi muito satisfatório já que contamos com o apoio pleno de todos os integrantes da equipe de saúde com muitos sentimentos positivos, humanistas e com segurança. Eu contei com ajuda de toda a equipe e isso me tranquilizou muito, dizendo que dariam início ao cronograma, a intervenção e com as programações realizadas para cada semana, e foram feitas as atividades do cronograma sem problemas. Nas três primeiras semanas do começo da intervenção foi feito o contato com as lideranças para explicar sobre o projeto, solicitar apoio e espaço para atividades educativas e práticas de saúde.

O desenvolvimento da intervenção caminhou muito bem, a equipe de saúde trabalhou intensamente nas 12 semanas da intervenção para dar o complemento das atividades propostas no cronograma de trabalho em relação aos objetivos, metas e os indicadores da intervenção para as 12 semanas, tendo em conta que inicialmente tínhamos que fazer 16 semanas e logo foi feito um reajuste no curso para 12 semanas do tempo de trabalho para o desenvolvimento das atividades e para o cumprimento de nossa meta proposta de fazer a intervenção para 100% de usuários com hipertensão (773) e diabetes (221).

A equipe seguiu o cronograma até o final da intervenção, posso dizer que o trabalho deu certo e atingimos boa parte das metas propostas. Posso dizer que estou feliz já que a equipe tem trabalhado muito e a prova disso são os resultados alcançados que são provenientes do esforço, consagração e consciência. A equipe tem muita responsabilidade na hora de fazer visitas domiciliares mesmo que eu não esteja presente. A enfermeira tem muita disposição para tudo, assim como os agentes comunitários de saúde.

Além de não ter dificuldades graves no transcurso do trabalho, a equipe apresentou problemas na quarta e quinta semana da intervenção em relação a impressora de nossa unidade já que a mesma ficou sem tinta e nós fizemos o pedido para a secretaria de saúde, tendo em conta que o gestor morava na comunidade e ele tinha interesse na realização da intervenção e foi feita a doação de tinta e folhas para continuar o processo da intervenção em um tempo curto e com isso fiquei mais tranquilo, já que isso poderia gerar atraso na marcação de exames para fazer nos usuários que tinham atraso e na impressão das fichas espelhos para as seguintes semanas da intervenção. Sendo positivo assinalar que, durante o transcurso das doze semanas da intervenção, foram feitas atividades educativas em relação à prevenção dos fatores de riscos da hipertensão e diabetes por todos os profissionais da equipe, tanto em consultas médicas, de enfermagem como nas visitas domiciliares com bons resultados intercâmbios positivos entre os usuários e os profissionais de saúde.

Foi feito um monitoramento das ações da intervenção integralmente durante todas as reuniões da equipe semanalmente, tendo a avaliação mensal dos registros realizados pelos profissionais, que foram realizados na ficha de atendimento própria da UBS, cartão de hipertensão arterial e diabetes, cartão de vacinação, livro de registro odontológico, livro de registro das visitas domiciliares, ficha espelho para facilitar as informações a serem colhidas, conforme as metas e indicadores estabelecidos para intervenção.

Para ampliar a cobertura de atenção, buscando a meta de que 100% dos hipertensos e diabéticos realizam seu seguimento médico como está estabelecido

pelo ministério da saúde, foi feito o cadastramento da população de hipertensos e diabéticos da área adstrita e priorizado o seu atendimento.

Semanalmente, durante reunião da equipe, foram discutidas com os ACS as visitas domiciliares da semana e se descobriram alguns casos de hipertenso ou diabético sem cadastros ou com alguma dificuldade de atraso nas consultas médicas ou na realização de exames médicos, e sempre foi encaminhado para consulta médica. Em caso de atraso a consulta medica, os ACS agendaram a consulta na quinta feira da semana seguinte no horário da manhã. Nesta mesma reunião foram repassados nomes de hipertensos e diabéticos que faltaram na consulta ou na reunião coletiva para que sejam visitadas de imediato.

O monitoramento das ações foi realizado por meio dos registros; prescrição de hábitos de vida saudáveis, acompanhando os registros de prescrição na ficha de atendimento mensalmente; solicitação e a realização de todos os exames na 1ª consulta; identificar problemas no agendamento, realização e devolução do resultado dos exames; estabelecer sistemas de alerta para a realização dos exames. Os exames possuem uma ficha de requisição para solicitação, na ficha de requisição de exames existe uma parte onde são descritos os dados clínicos onde destacamos os dados descrevendo se tem algum sintoma de descompensação, quando o usuário retorna para sua consulta de seguimento os exames serão anotados no prontuário e ficha de acompanhamento. Semanalmente foram transmitidas aos ACSs informações sobre os hipertensos e diabéticos que comparecem as consultas e que não realizaram seus exames.

A organização e gestão do serviço foram feitas em ações com avaliação mensal dos registros realizados pelos profissionais, que foram realizados na ficha de atendimento própria da UBSF, onde foi garantindo um registro dos 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados no programa tendo já pronta a condição necessária como, por exemplo, a quantidade de prontuários, a planificação das visitas domiciliar e as fichas de registro das informações. A equipe de saúde garantiu o melhoramento do acolhimento na recepção da UBSF no horário de espera da consulta.

Positivamente nossa equipe tem conseguido lidar com as necessidades de saúde da população, pois todas as ofertas estão sempre à disposição para serem agendadas, quando necessário e realização da escuta qualificada da demanda. Nossa equipe está sempre discutindo e definindo o modo como os diferentes profissionais que participarão do acolhimento, sendo que agora na última reunião da equipe, ficou decidido planejar duas vagas todos os dias para demanda espontânea para consulta médica e dessa maneira evitar a demora do atendimento médico para marcar uma consulta necessária pelos usuários. Também fizemos um cronograma para os ACS onde ficou estabelecido semanalmente quem vai receber o usuário que chega, como avaliar o risco e a vulnerabilidade desse usuário; o que fazer de imediato; quando encaminhar/agendar uma consulta médica.

As técnicas de enfermagem realizaram diariamente a verificação da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde, mantendo um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde, além de realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos. Definimos atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos. O médico clínico geral fez uma capacitação dos integrantes da equipe em relação à intervenção, o tempo, o registro adotados pela unidade de saúde. Foi feita a impressão do total das fichas espelho na impressora da unidade. Os agentes comunitários de saúde organizaram visitas domiciliares para buscar os hipertensos e diabéticos faltosos às consultas médicas, assim como organizaram a agenda para o acolhimento aos hipertensos e diabéticos encontrados nas visitas domiciliares e priorizaram o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco organizando a agenda para o atendimento desta demanda. O médico organizou práticas coletivas sobre alimentação saudável, e orientação de atividade física.

Toda a equipe de saúde se esforçou para oferecer um melhor atendimento durante a realização das palestras educativas tanto no horário de espera da consulta, assim como nas visitas domiciliares o médico clínico geral trouxe informações a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde e informou a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos,

pelo menos, anualmente. Orientamos a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, assim como, sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes. As atividades educativas foram feitas em relação à orientação da comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos. Os agentes comunitários de saúde sempre orientaram aos usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular, esclarecendo aos usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação saudável, a importância da prática de atividade física regular, orientação aos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo e orientar os hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal).

Durante as três primeiras semanas da intervenção o médico fez uma capacitação dos ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde. Também a capacitação da equipe da unidade de saúde para fazer a verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. Capacitamos a equipe para a realização de exame clínico apropriado em relação à solicitação de exames complementares, orientamos os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. Capacitamos a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos. Os agentes comunitários de saúde tiveram uma capacitação para realizar as consultas e sua periodicidade. Capacitamos a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento dos hipertensos e diabéticos. Capacitamos a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis como são saúde sobre práticas de alimentação saudável, sobre a promoção da prática de atividade física regular, para o tratamento de usuários tabagistas em relação a orientações de higiene bucal e para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

### **3.2 Ações previstas e não desenvolvidas**

Na unidade básica de saúde a gente apresentou dificuldade em relação ao atendimento odontológico, nossa UBSF é muito pequena e a odontóloga presta serviço numa unidade básica de saúde próxima, mas em outro bairro, motivo pelo qual os usuários tinham que se deslocar para ter o atendimento, mas a dentista apresentou problemas de saúde e ficamos sem fazer o processo de avaliação da saúde bucal de todos os usuários, mas contamos todo o tempo com ajuda da técnica de saúde bucal a qual nos ajudou muito na realização das ações educativas e avaliação da saúde bucal de nossos usuários. A nossa equipe se encontra comprometida para realizar um reagendamento dos usuários que precisam de avaliação odontológica quando a dentista voltar a trabalhar depois de sua licença médica.

### **3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados**

A maior dificuldade foi em relação ao preenchimento do peso e altura nas fichas espelhos já que alguns usuários são acamados ou idosos de uma idade muito avançada que tem impossibilidade para caminhar porque moram longe da unidade de saúde ou apresentam algum tipo de deficiência. Por isso nossa equipe está fazendo alguns procedimentos nas casas com ajuda de uma balança que o secretário de saúde nos emprestou, já que reconhecemos a importância em fazer as mensurações para poder ter o índice de massa corporal e para poder classificar nutricionalmente os usuários.

### **3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços**

Posso dizer que na nossa unidade de saúde, as ações que nos encontramos fazendo com ajuda da equipe de saúde, já fazem parte de nossa rotina de trabalho já que estamos trabalhando com consciência. Os usuários estão gostando muito de nossas atividades educativas, atividades de saúde, visitas domiciliares, tudo está sendo muito positivo para o funcionamento do trabalho e para a melhoria do atendimento médico.

No começo da intervenção fizemos algumas alterações no planejamento das consultas médicas e de enfermagem para melhorar o atendimento com um alto grau de satisfação pelos usuários sendo que as consultas médicas e de enfermagem vão ser agendadas semanalmente ,assim o usuário pode ter o retorno num tempo mais rápido, já estando em funcionamento para todos os programas, não só para o programa de hipertensão e diabetes, como parte de nossa rotina de trabalho.

Durante essa semana após o término da intervenção, a nossa equipe se reuniu para conversar sobre diversos assuntos e, entre eles, conversamos bastante sobre a continuidade do trabalho voltado para o programa de hipertensão e diabetes e sobre as próximas atividades que iremos desenvolver. Nesse momento, a intervenção já se encontra totalmente inserida na rotina de funcionamento da UBSF da nossa área de atuação.



## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

**Objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos**  
**Meta 1.1 e Meta 1.2 Cadastrar 100% dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde**

A intervenção educativa na minha unidade básica de saúde tratou da melhoria da atenção à saúde dos usuários moradores da área de abrangência de nossa comunidade que apresentam hipertensão arterial e diabetes com 20 anos ou mais. Na área adstrita da unidade, segundo o CAP existe um total de 773 pessoas com hipertensão e 221 pessoas com diabetes. Mas, apenas 171(22%) e 123 (56%), respectivamente, eram acompanhados. A intervenção ampliou as atribuições da equipe, o atendimento médico, odontológico e de enfermagem, na unidade de saúde, mais também, no atendimento feito durante a realização das visitas domiciliares durante as 12 semanas da intervenção.

Ao início da intervenção tínhamos algumas deficiências no cadastramento e seguimento dos usuários com hipertensão e diabetes. Sendo que durante o transcurso da intervenção melhorou significativamente o cadastro e acompanhamento mediante a programação feita na unidade para marcação de consultas, assim como a realização de visitas domiciliares para fazer o cadastramento dos usuários que não compareceram na unidade depois de um agendamento prévio de uma consulta sendo que a equipe de saúde conseguiu fazer o cadastramento/acompanhamento da seguinte maneira: no 1º mês 69 (11,1%), 2º mês 164 (26, 4%) usuários e terceiro mês 266 (42,8%) usuários acompanhados durante os três meses da intervenção.

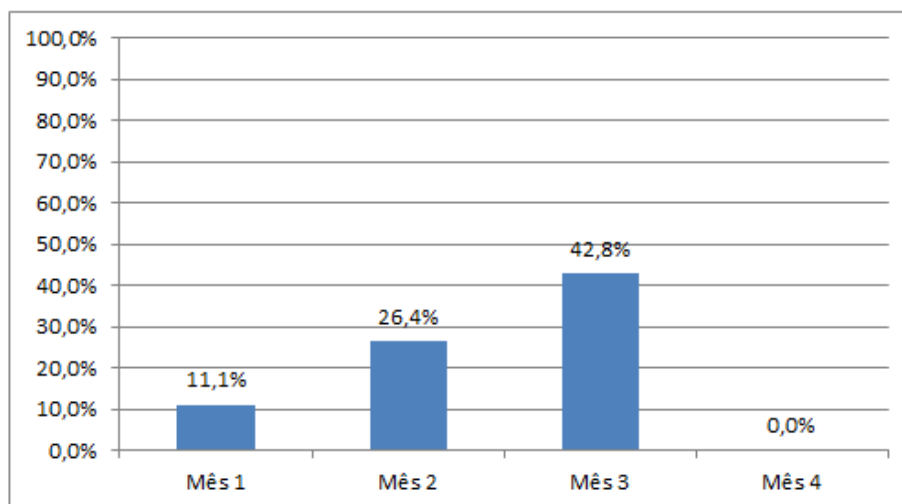


Figura 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde UBSF S21. Manaus /AM, 2015.

Dos usuários diabéticos pertencentes a nossa área de saúde, das 7 micro áreas, a equipe conseguiu ampliar significativamente a cobertura para toda nossa área, além de apresentar algumas deficiências para a realização do cadastramento dos hipertensos e diabéticos, já que parte de nossa comunidade mora numa área residencial lotada no condomínio jardim Brasil próximo a nossa unidade, onde a maior parte dos apartamentos são muitos fechados com segurança representando um obstáculo para chegar até as residências e fazer o cadastro; sendo também outra deficiência que muitas casas se encontraram fechadas no momento do cadastro tendo que fazer um processo de recuperação das casas fechadas para cadastro de hipertensos e diabéticos nas semanas seguintes. Também a equipe teve durante o tempo da realização da intervenção muitas facilidades que ajudaram na realização de nosso trabalho diário como a ajuda dos gestores da comunidade, lideranças, agentes comunitários para fazer as visitas domiciliares, para agendar retornos para consultas médicas e de enfermagem e para fazer buscas de usuários faltosos e dos representantes do distrito de saúde sul que ajudaram na impressão das fichas espelhos, ajudaram aportando tinta para nossa impressora para fazer a marcação dos exames necessários para nossos usuários.

Nossa equipe fez um acompanhamento médico completo para os usuários pertencentes ao programa e posso dizer que ainda continuamos com o processo de cadastro diante da possibilidade de casos novos ou usuários que decidam morar na nossa área, sendo os agentes comunitários de saúde de grande importância no

cadastro das visitas domiciliares. Sendo que o cadastramento foi cumprido da seguinte maneira nos diabéticos: 1º mês 36 (22,1%) usuários, 2º mês 68 (41,7%) e 3º mês 98 (60,1%) usuários acompanhados e cadastrados.

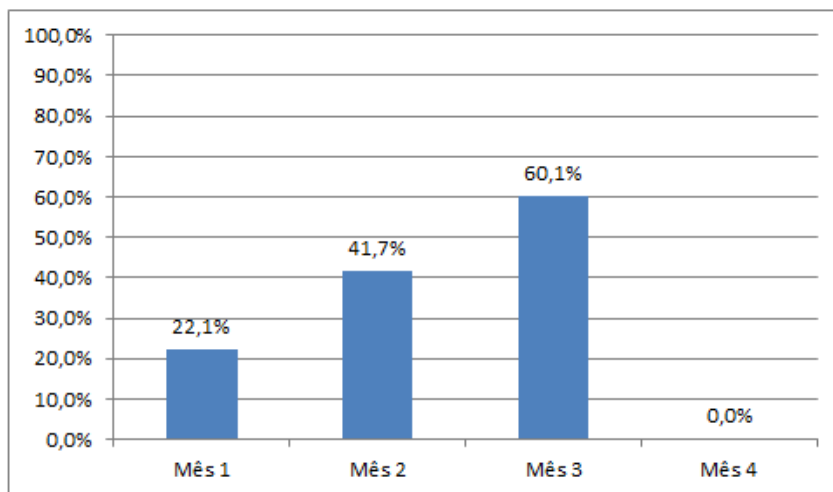


Figura 2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde UBSF S21. Manaus /AM, 2015.

## **Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.**

### **Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.**

A qualidade na realização do exame clínico foi cumprido sem dificuldades em nossa unidade de saúde, apresentando algumas deficiências como foi a falta de alguns usuários a consulta médica programada onde nossa equipe teve que fazer o processo de levantamento para recuperar o usuário, sendo feito para um total de 141(53%) hipertensos com o exame clínico em dia, durante os três meses da intervenção.

### **Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.**

Sendo que a avaliação foi cumprida da seguinte maneira entre os hipertensos: 1º mês 39 (56,5%), 2º mês 86 (52,4%) e 3º mês 141 (53%) usuários (figura 3); já para os diabéticos tivemos no 1º mês 19 (52,8%), 2º mês 39 (57,4%) e 3º mês 63 (62,4%) usuários sendo feita o exame clínico em dia completo sem dificuldades para os 63(figura 4). Apresentamos uma dificuldade no transcurso da intervenção, pois nossa impressora ficou sem tinta, mas tivemos uma resposta rápida de nosso distrito para poder fazer o processo de marcação de exames.

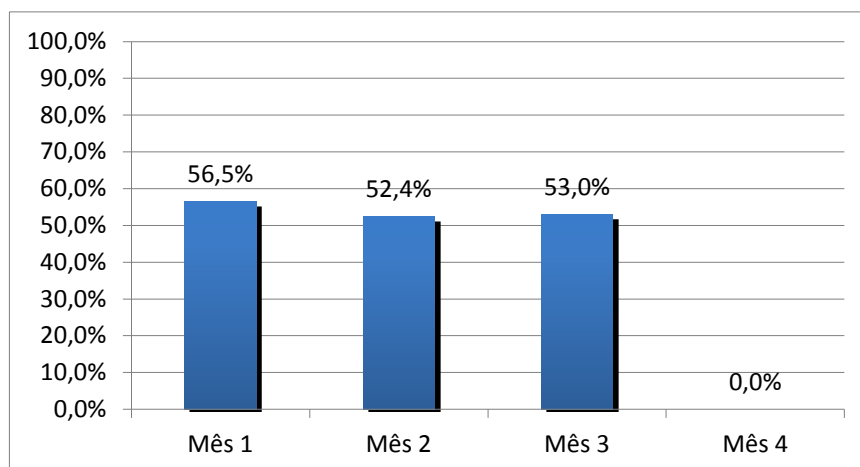


Figura 3: Proporção com o exame clínico em dia de acordo o protocolo do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde. UBSF S21. Manaus /AM, 2015.

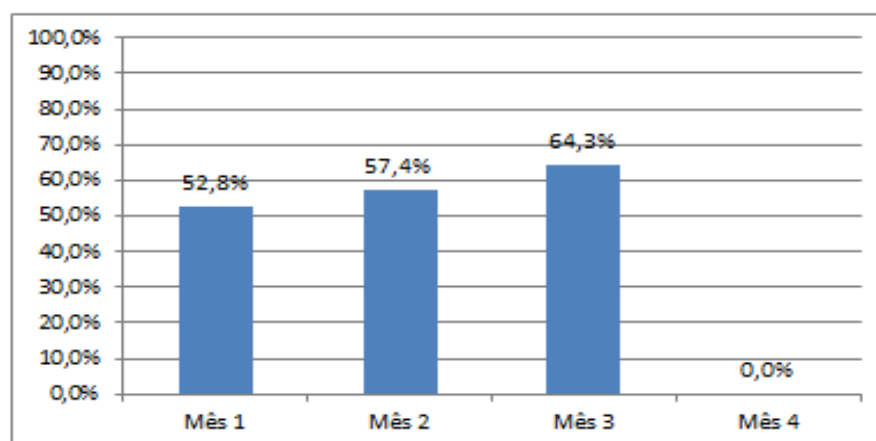


Figura 4: Proporção com o exame clínica em dia de acordo o protocolo do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde. UBSF S21. Manaus /AM, 2015.

### **Meta 2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.**

Em relação à proporção de hipertensos e diabéticos que apresentaram a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo eu posso dizer que em minha unidade básica de saúde apresentamos algumas dificuldades com o funcionamento da impressora durante 2 semanas da intervenção e pela falta de vagas no SUS para marcação de exames tendo alcançados os seguintes resultados em relação a hipertensos: 1º mês 40 (58%)usuários, 2º mês 88(53.7%) e 3º mês 143(53.8%), conforme a figura 5. Em relação aos usuários com diabetes, no 1º mês 21 (58.3%) usuários, 2º mês 42(61.8%) usuários e 3º mês 66(67.3%) usuários se encontraram com exames complementares em dia, sendo que nossa

equipe se encontra ainda fazendo um processo de acompanhamento na marcação da maior quantidade possível de exames complementares, tendo a facilidade que a secretaria de saúde esta ajudando a nossa equipe em relação a logística para o processo de marcação de exames médicos como folhas, tinta para nossa impressora, canetas, borracha, além de fazer uma parceria com a UBSF Morro da Liberdade que fica próximo de nossa área para fazer a recuperação dos exames laboratoriais que precisam nossos usuários com uma prioridade de 10 vagas ao dia.

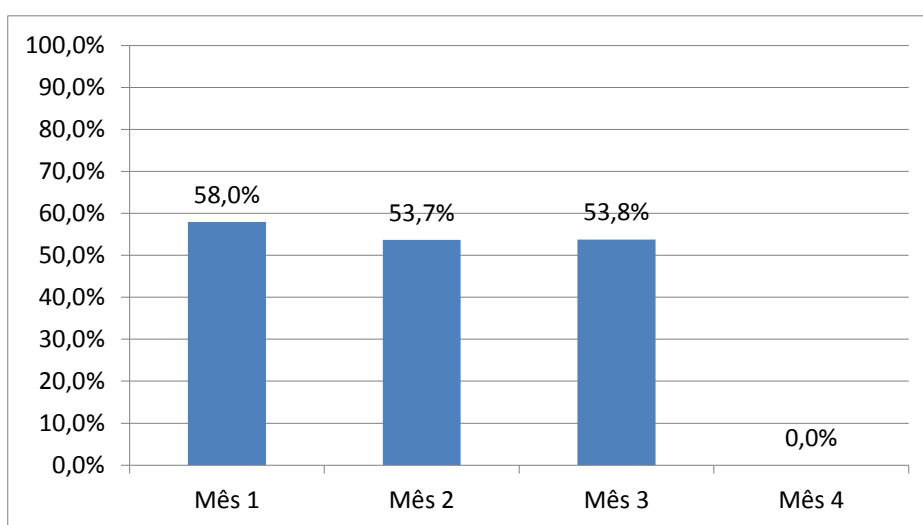


Figura 5: Proporção com o exame complementares em dia de acordo o protocolo do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde. UBSF S21. Manaus /AM, 2015

**Meta 2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo..**

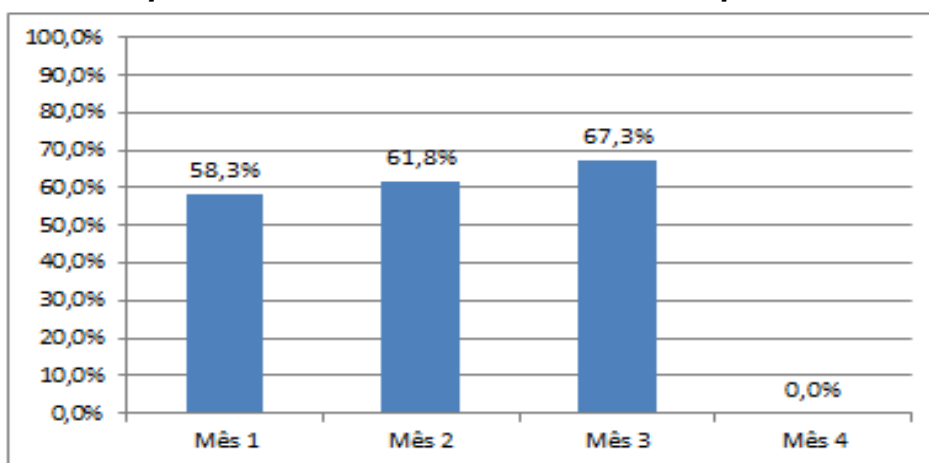


Figura 6: Proporção com o exame complementares em dia de acordo o protocolo do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde. UBSF S21. Manaus /AM, 2015.

**Meta 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.**

Os indicadores em relação à proporção da prescrição dos medicamentos na farmácia popular foram estabelecidos da maneira seguinte entre os hipertensos: 1º mês 44 (78,6%) usuários, 2º mês 88 (80,7%) usuários e 3º mês 143 (87,2%) usuários (Figura 7).

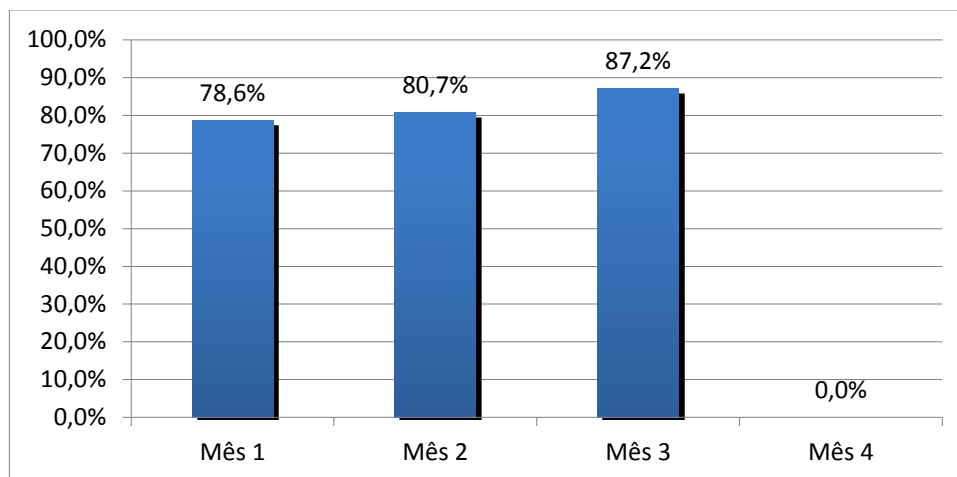


Figura 7: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular na unidade de saúde. UBSF S21. Manaus /AM, 2015

**Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.**

Em relação aos diabéticos foi estabelecido assim: 1º mês 21 (63.6%), 2º mês 41 (74.5%) e 3º mês 65 (82.3%) usuários. A maior dificuldade que se encontrou foi em relação a alguns medicamentos de uso contínuo que não se encontra na farmácia popular como foi a losartana potássica e sinvastatina que se encontram muitas vezes em falta e em nossa unidade de saúde. Uma facilidade foi que em nossa área de abrangência se encontra uma farmácia popular onde a maioria de nossos usuários tem cadastro e recebe alguns medicamentos para o tratamento da hipertensão arterial e diabetes até 3 meses com uma receita médica. (Figura 8).

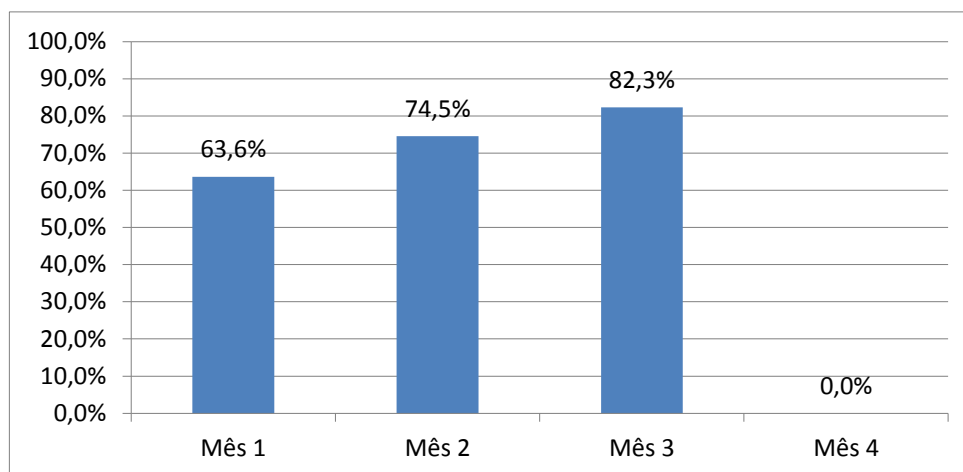


Figura 8: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular na unidade de saúde. UBSF S21. Manaus /AM, 2015.

**Meta 2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.**

A avaliação do atendimento odontológico apresentou dificuldades já que nossa dentista apresentou problemas pessoais durante o transcurso de nossa intervenção e ficou ausente na maior parte da intervenção, situação pela qual teve efeito nas avaliações das consultas odontológicas para hipertensos e diabéticos, mas podemos dizer que também tivemos a facilidade que a UBSF que fica próxima a nossa área, o diretor ajudou a nossa unidade fazendo o acompanhamento de alguns usuários para consultas odontológicas, melhorando um pouco o atendimento. Sendo que agora fizemos um cronograma para fazer a recuperação das avaliações de saúde bucal para os usuários que precisam, dessa forma foi cumprido assim entre os hipertensos: 1º mês 41 (59.4%), 2º mês 88(53.7%) e 3º mês 143 (53.8%) usuários com atendimento odontológico completo ao final da intervenção (Figura 9).

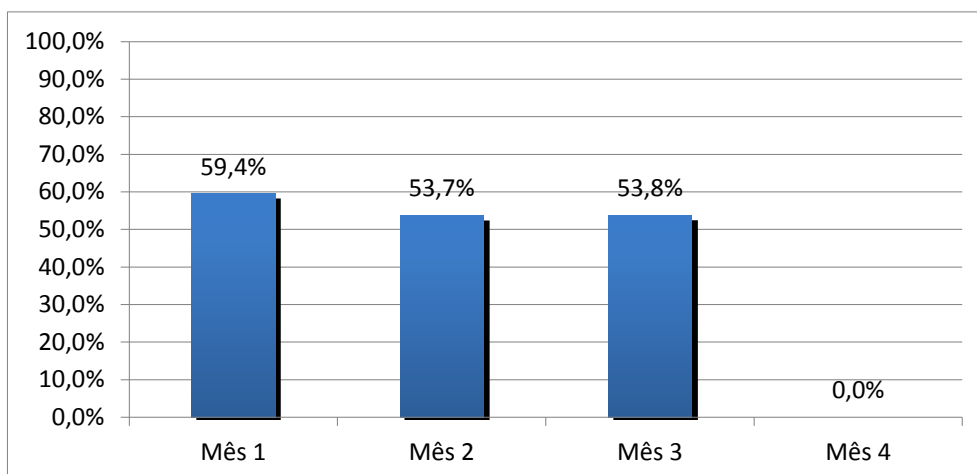


Figura 9: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na unidade de saúde. UBSF S21. Manaus /AM, 2015.

**Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos**

Da mesma forma, na figura 10 em relação aos diabéticos, apresentou assim: 1º mês 19(52.8%), 2º mês 39(57.4%) e 3º mês 63 (62.4%) usuários. Tendo como resultado final do atendimento odontológico de diabéticos ao dia 63 (64.3%) usuários do total dos diabéticos acompanhados (Figura 10).

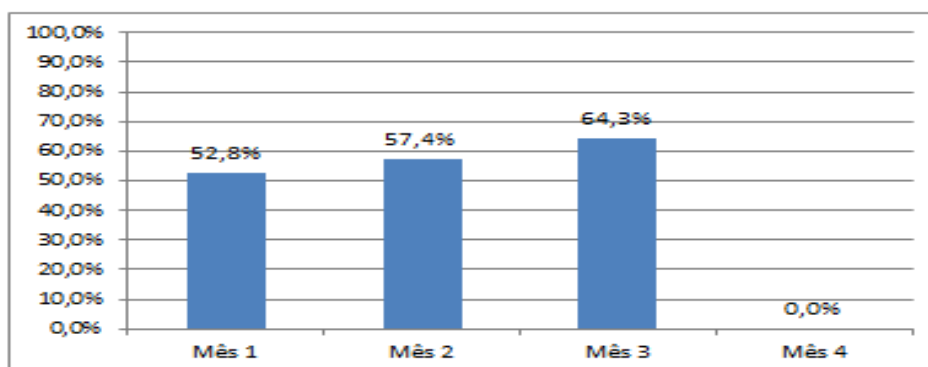


Figura 10: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na unidade de saúde UBSF S21. Manaus /AM, 2015.

**Objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.**

**Meta 3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada**

O trabalho de visita domiciliar com ajuda dos agentes comunitários de saúde realmente representaram uma vantagem para nossa equipe sendo uma grande facilidade poder contar com toda minha equipe no trabalho, mas posso dizer que apresentamos dificuldade já que em nossa área se encontra um condomínio



chamado jardim Brasil sendo que é muito difícil chegar até muitos apartamentos já que muitas pessoas trabalham durante o dia e tem muita segurança para chegar aos apartamentos. Em relação à proporção de busca ativa de hipertensos, tivemos no 1º mês 41 (93.2%), 2º mês 79 (91.9%) usuários e 3º mês 134 (95.0%) (Figura 11).

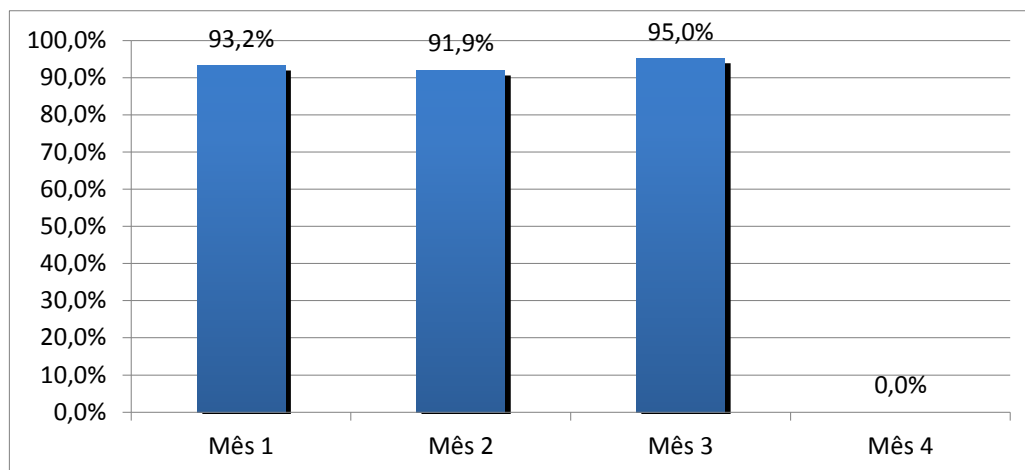


Figura 11: Proporção de hipertensos faltosos à consulta em busca ativa na unidade de saúde. UBSF S21. Manaus /AM, 2015.

**Meta 3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.**

Da mesma forma em relação aos diabéticos ficou estabelecido da maneira seguinte: 1º mês 22 (95.7%) usuários, 2º mês 38 (92.7%) e 3º mês 62 (95.4%) usuários que a equipe fez a busca ativa durante os três meses da intervenção.

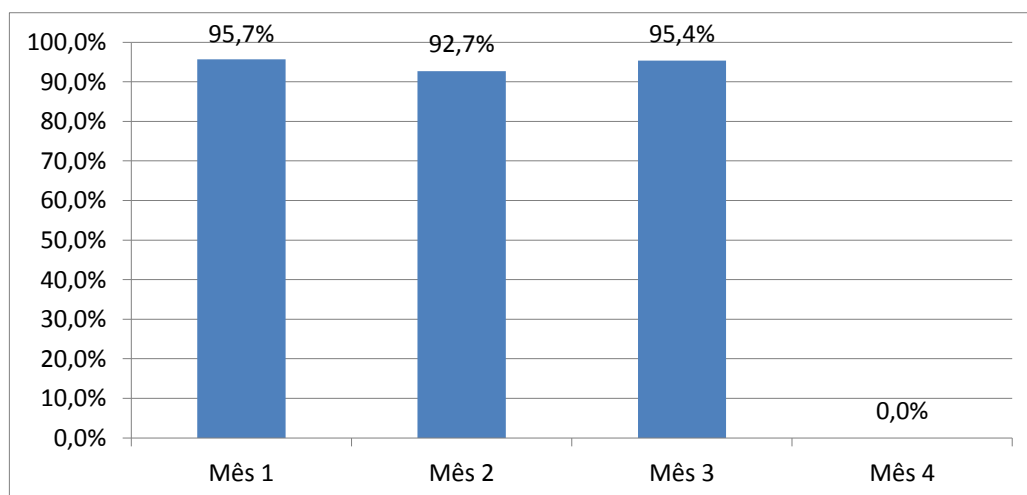


Figura 12 Proporção de diabéticos faltosos à consulta em busca ativa na unidade de saúde. UBSF S21. Manaus /AM, 2015.

**Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.**

**Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.**

Os resultados alcançados ao avaliar os registros adequados nas fichas de acompanhamento dos hipertensos foram no 1º mês 40 (58.0%) usuários, no 2º foi de 87(53.0%) e 3º mês 142 (53.4%) usuários (Figura 13).

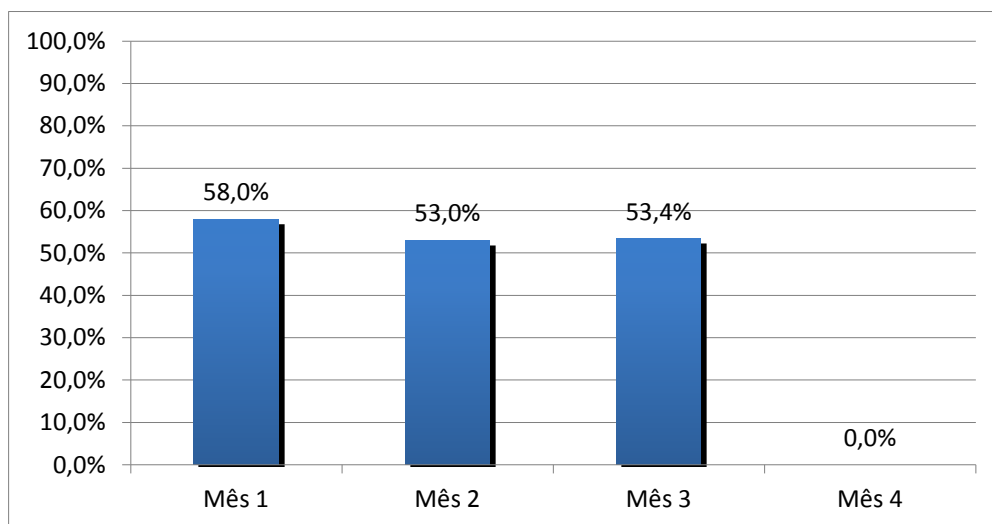


Figura 13 Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na unidade de saúde. UBSF S21. Manaus /AM, 2015.

**Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.**

Em relação aos resultados de diabéticos tivemos no 1º mês 20 (55.6%) usuários, 2º mês 40(58.8%) e 3º mês 64 (65.3%) usuários se encontraram com registro adequado na ficha de acompanhamento (Figura 14). A maior dificuldade se encontrou em relação alguns usuários que faltaram na consulta médica de retorno, com isso estamos fazendo um controle dos mesmos para agendar uma consulta novamente para registrar as informações adequadamente, tendo como facilidade ajuda dos agentes comunitários já que ele tem um controle do total de famílias cadastradas, quando falta um usuário na consulta médica ou de enfermagem na reunião da equipe seguinte, se orienta fazer a busca dele e reagendar consulta de novo para recuperar os preenchimentos.

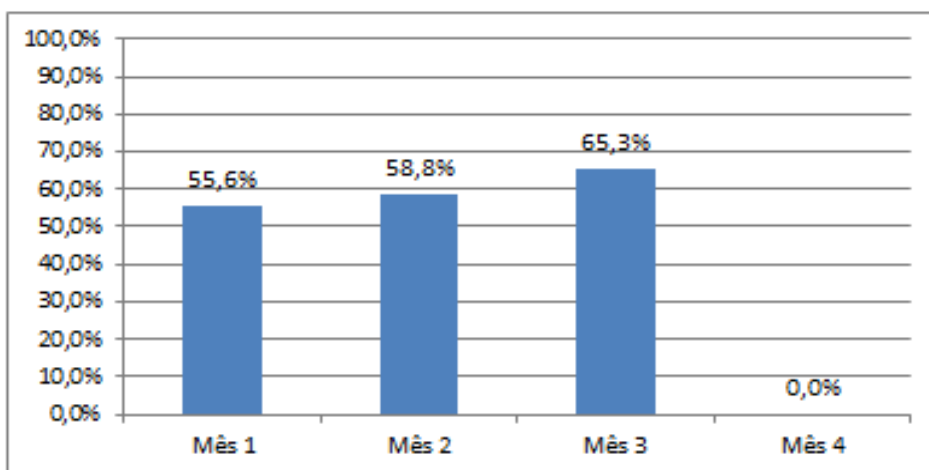


Figura 14: Proporção de diabético com registro adequado na ficha de acompanhamento na unidade de saúde. UBSF S21. Manaus /AM, 2015.

### **Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.**

#### **Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde**

A estratificação do risco cardiovascular aos hipertensos e diabéticos apresentou algumas deficiências como a falta de alguns usuários a consulta médica programada onde nossa equipe teve que fazer o processo de levantamento para recuperar os usuários faltosos para depois fazer. Mas, apresentamos a facilidade para fazer a recuperação dos mesmos já que diariamente nossa equipe agendou 2 vagas nas consultas medicas e de enfermagem para agendar os hipertensos e diabéticos que apresentam essas dificuldades com a demanda espontânea. A estratificação do risco durante os três meses do transcurso da intervenção foi no 1º mês 43 (62.3%), 2º mês 90 (54.9%) e 3º mês 145(54.5%) usuários (Figura 15).

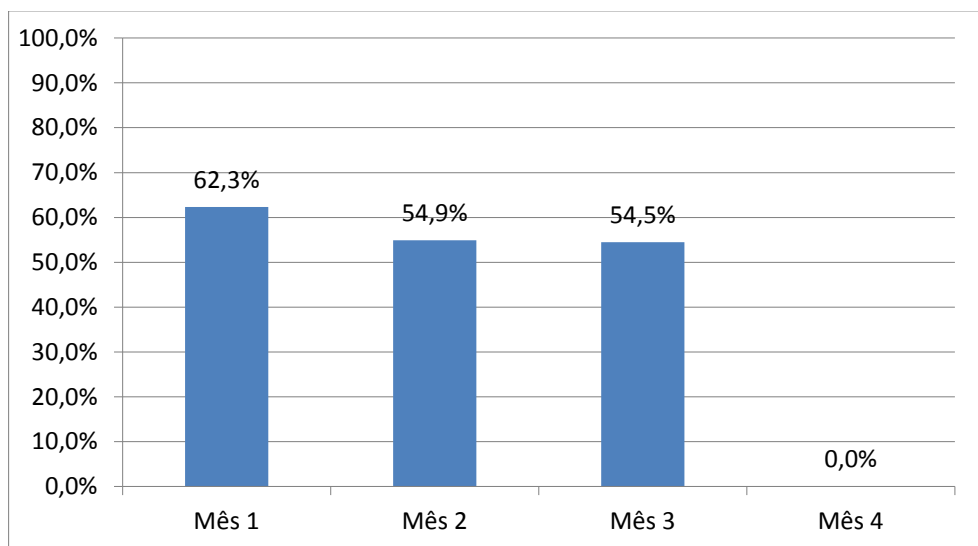


Figura 15: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na unidade de saúde UBSF S21.. Manaus /AM, 2015.

**Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde**

.O comportamento da intervenção nos diabéticos para estratificação do risco cardiovascular por exame clínico ao dia teve os seguintes resultados: 1º mês 24 (66.7%) ,2º mês 44(64.7%) e 3º mês 68 (69.4%), conforme a figura 16 .

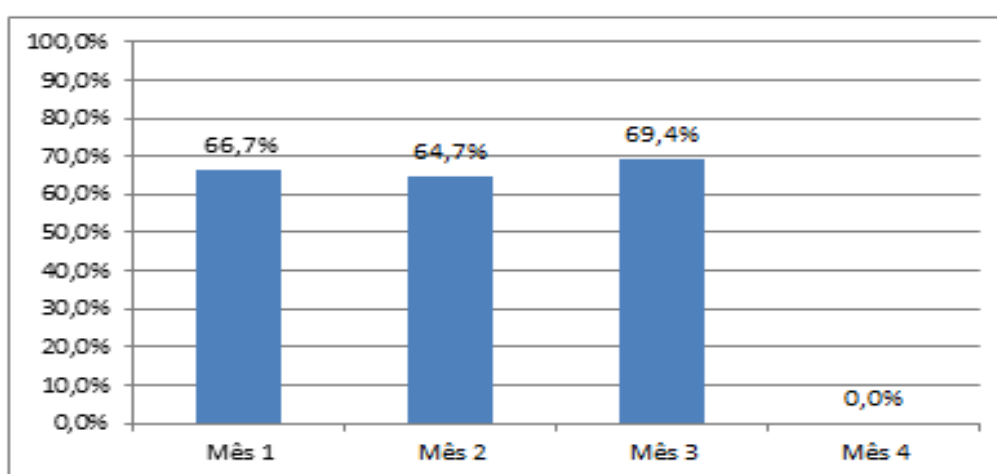


Figura 16: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na unidade de saúde UBSF S21. Manaus /AM, 2015.

**Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.**

**Meta 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.**

Os resultados alcançados ao avaliar os registros adequado em relação ao comportamento e acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos em relação às orientações sobre alimentação saudável apresentou como maior dificuldade a situação dos usuários que faltaram as ações educativas feitas na unidade de saúde semanalmente, mas, além disso, a gente se encontra fazendo orientações, palestras e atividades educativas também nas visitas domiciliares. Podemos dizer que apresentamos a facilidade de fazer a intervenção com maior participação da equipe, também contamos com ajuda da secretaria de saúde com painéis, cartéis educativos para fazer as palestras educativas de alimentação saudável. Para os hipertensos contamos no 1º mês 43 (62.3%), 2º mês 90(54.9%) usuários e 3º mês 145 (54.5%) usuários (Figura 17).

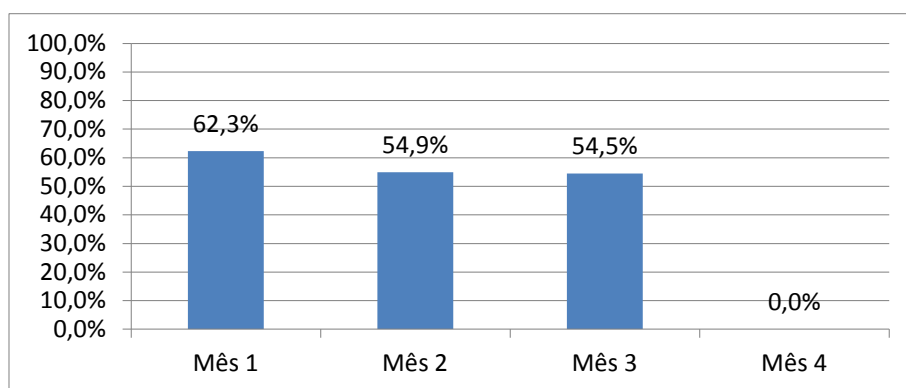


Figura 17: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na unidade de saúde. UBSF S21. Manaus /AM, 2015.

**Meta 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos .**

Em relação aos diabéticos, o 1º mês 23 (63.9%) usuários, 2º mês 43(63.2%) usuários e 3º mês 67 (68.4%) usuários (Figura 18).

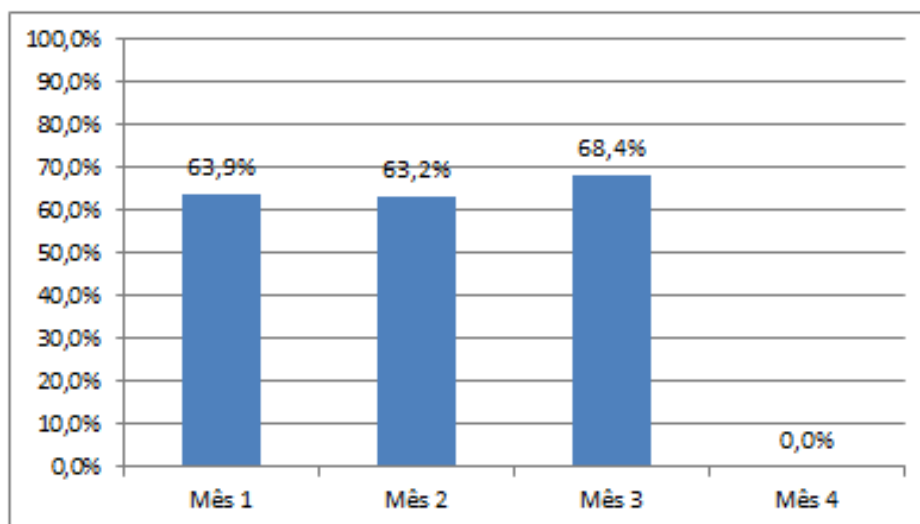


Figura 18: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na unidade de saúde. UBSF S21. Manaus /AM, 2015.

**Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.**

A avaliação da orientação em relação a prática regular de atividade física apresentou também como maior dificuldade a situação dos usuários que faltaram as ações educativas feitas na unidade de saúde semanalmente, mas, além disso, a gente se encontra fazendo orientações, palestras e atividades educativas também nas visitas domiciliares. Podemos dizer que apresentamos a facilidade de fazer a intervenção com maior participação da equipe, também contamos com ajuda da secretaria de saúde com painéis, cartéis educativos para fazer as palestras educativas de alimentação saudável. Sendo cumprida assim quanto aos hipertensos: 1º mês 42 (60.9%) usuários, 2º mês 89 (54.3%) e 3º mês 144 (54.1%) usuários (Figura 19).

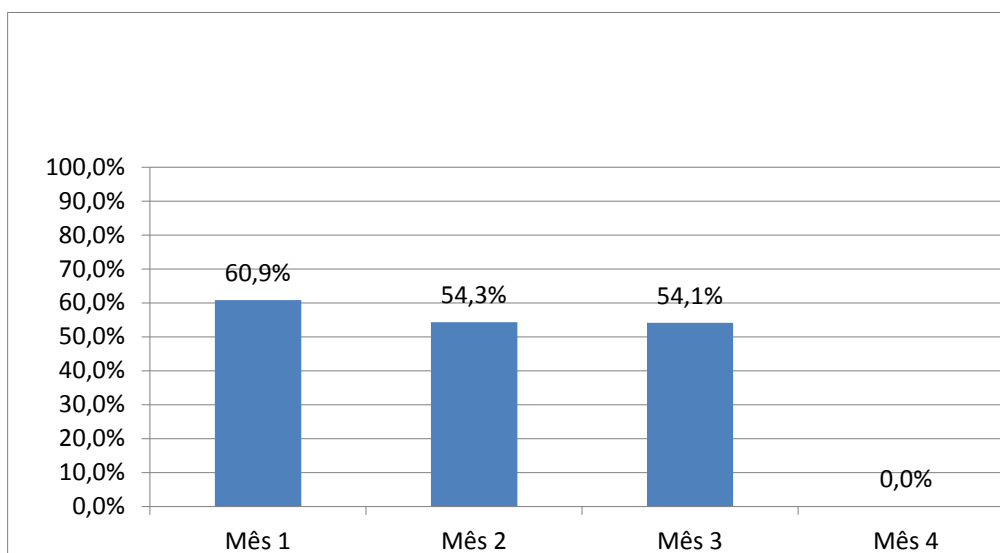


Figura 19: Proporção de hipertensos com orientação sobre atividades físicas regulares na unidade de saúde UBSF S21. Manaus /AM, 2015.

**Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.**

Em relação a diabéticos, tivemos no 1º mês 23 (63.9%), 2º mês 43 (63.2%) usuários e 3º mês 67 (68.4%) usuários (Figura 20).

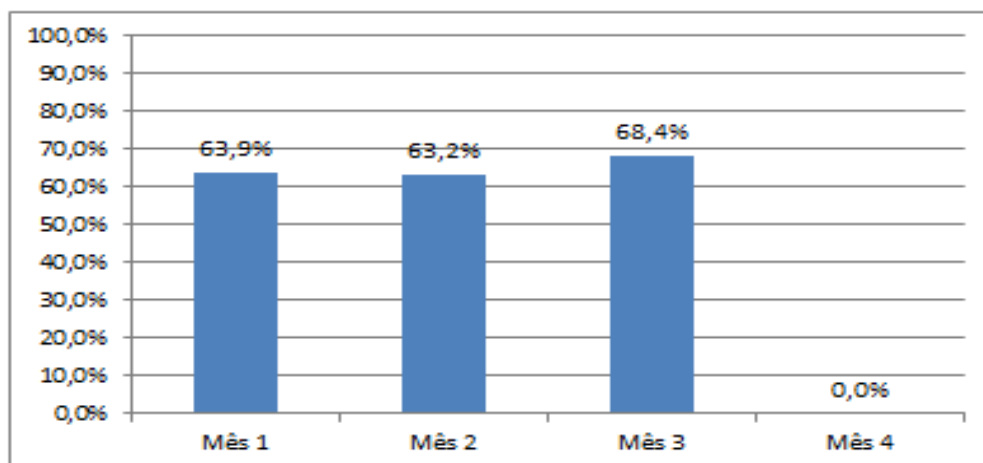


Figura 20: Proporção de diabéticos com orientação sobre atividades físicas regular na unidade de saúde UBSF S21. Manaus /AM, 2015

**Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.**

Os resultados alcançados ao avaliar os registros adequados das orientações sobre os riscos do tabagismo dos usuários hipertensos e diabéticos durante os três meses do transcurso da intervenção apresentamos como maior dificuldade a situação dos usuários que faltaram as ações educativas feitas na unidade de saúde semanalmente, mas, além disso, a gente se encontra fazendo orientações, palestras e atividades educativas também nas visitas domiciliares. Podemos dizer que apresentamos a facilidade de fazer a intervenção com maior participação da equipe, também contamos com ajuda da secretaria de saúde com painéis, panfletos educativos para fazer as palestras educativas sobre como evitar o tabagismo, contamos com ajuda de uma moradora da comunidade que a mesma está se formando em medicina e que também nossa equipe fez busca ativa dos usuários faltosos a consulta e os resultados foram no 1º mês 43 (62.3%) usuários, 2º mês 90 (54.9%) usuários e 3º mês 145 (54.5%) usuários (Figura 21).

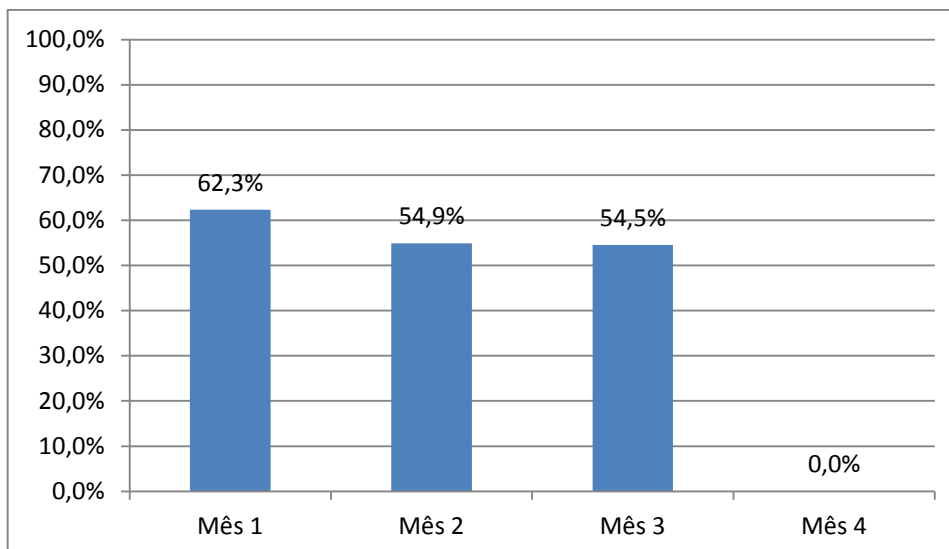


Figura 21: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo na unidade de saúde UBSF S21. Manaus /AM, 2015.

**Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos .**

Em relação aos diabéticos, posso dizer que nas próximas consultas médicas faremos palestras educativas para incrementar o nível de consciência de alguns usuários em relação a evitar o tabagismo; os resultados da intervenção foram no 1º mês 24 (66.7%) usuários, 2º mês 44 (64.7%) usuários e 3º mês 68 (69.4%) usuários (Figura 22).

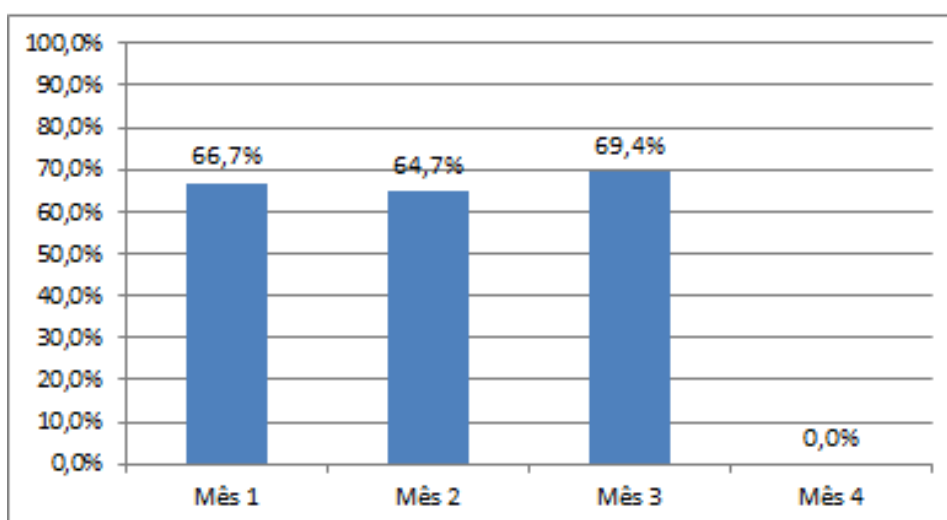


Figura 22: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo na unidade de saúde UBSF S21. Manaus /AM, 2015.



### **Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos**

A avaliação das orientações em relação à higiene bucal apresentou também algumas dificuldades já que nossa dentista apresentou problemas pessoais durante o transcurso de nossa intervenção e a mesma ficou um tempo ausente, mas nossa equipe de saúde fez orientações em relação à saúde bucal sempre nas palestras educativas para os usuários participantes da intervenção com ajuda da técnica de saúde bucal, também tivemos a facilidade que a UBSF que fica próxima a nossa área, cujo diretor ajudou nossa unidade fazendo o acompanhamento de alguns usuários para consultas odontológicas e fazendo também orientações sobre a importância da higiene bucal. Para melhorar um pouco o atendimento fizemos um cronograma para fazer a recuperação das avaliações de saúde bucal para os usuários que precisam, sendo cumprida assim entre os hipertensos nos três meses da intervenção: 1º mês 43 (62.3%), 2º mês 90(54.9%) e 3º mês 145 (54.5%) usuários (Figura 23).

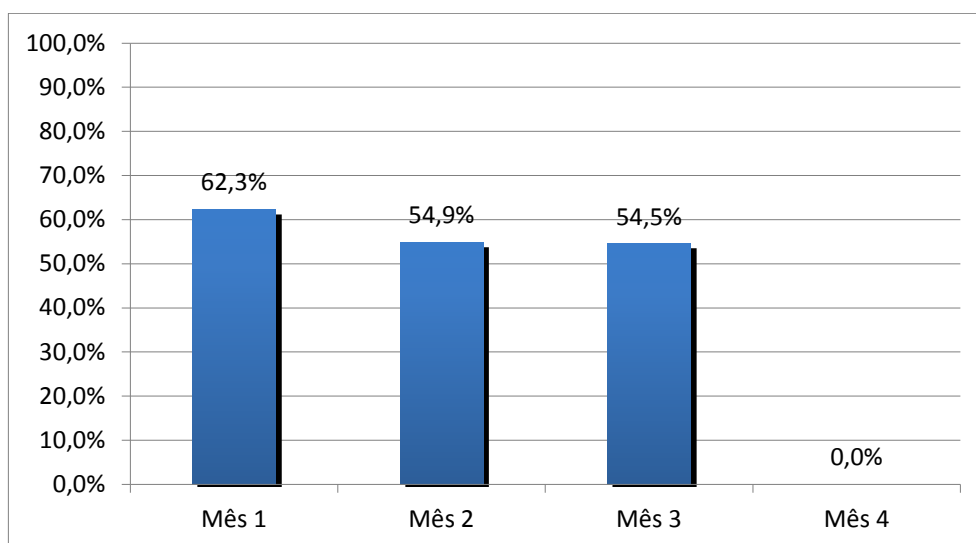


Figura 23: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal na unidade de saúde. UBSF S21. Manaus /AM, 2015.

### **Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos**

Em relação e diabéticos tivemos no 1º mês 24 (66.7%), 2º mês 44(64.7%)e 3º mês 68 (69.4%) usuários (Figura 24).

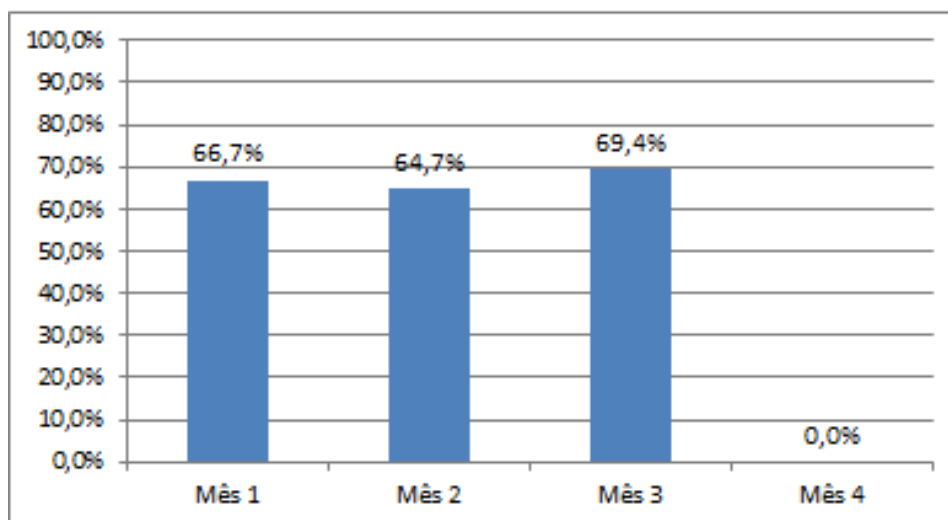


Figura 24: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal na unidade de saúde. UBSF S21. Manaus /AM, 2015.

## 4.2 Discussão

A intervenção educativa na minha unidade básica de saúde tratou da melhoria da atenção à saúde para os usuários moradores da área de abrangência de nossa comunidade que apresentam hipertensão arterial e diabetes para todas as idades. Com a realização da intervenção a equipe de saúde objetivou a ampliação da cobertura da atenção aos usuários com hipertensão e diabetes, buscando fazer a atualização do cadastro do total de hipertensos e diabéticos moradores em nossa área, melhorou os registros estatísticos, acompanhamento médico com maior qualidade de estratificação de risco, detecção das principais complicações, assim como atuação positiva dos principais fatores de risco. Além de incrementar o grau de consciência para fazer o tratamento certo para alguns usuários.

Com a realização da intervenção nossa equipe de saúde ficou muito feliz pelos resultados que conseguimos atingir. Nossa equipe de saúde, na realidade, estava precisando fazer algo para melhorar o acompanhamento de hipertensos e diabéticos já que alguns deles tinham pouco interesse na participação do

acompanhamento médico e só assistiam na unidade apenas para pegar seus remédios. A intervenção teve uma grande importância para nossa equipe de saúde já que a mesma representa uma grande ferramenta para melhorar nosso trabalho com os hipertensos e diabéticos, melhorar a aparição das complicações, incrementar o nível de conhecimento pelos usuários em relação a importância de cuidar da saúde.

Para sua realização ,a equipe fez uma capacitação para seguir as orientações dadas pelo Ministério da Saúde em relação ao rastreamento, diagnostico, e monitoramento da Hipertensão e Diabetes. A intervenção incrementou mais a união da equipe do médico, da enfermeira, técnicas e agentes comunitários de saúde sendo sempre todo organizado e com responsabilidade. Sua realização foi motivos de elogios pelos líderes formais e não formais ,assim como outros comunitários moradores de outras unidades falando coisas muito bonitas de nossa equipe que tínhamos muita responsabilidade, amor pelo nosso trabalho e pelos usuários. Na realidade a intervenção teve um grande impacto positivo para nós, fazendo incrementar a realização de atividades de promoção e prevenção de saúde para outros grupos de usuários como idosos, grávidas, crianças assim como a vinculação da equipe nas atividades de visitas domiciliares .

Na realidade a intervenção tem uma grande importância para nosso serviço, pois antes da intervenção a equipe tinha dificuldade em relação ao cadastramento de cada usuário, o seguimento do grupo hiperdia tinha muitas dificuldades como ausência a consultas médicas, incremento da aparição de complicações crônicas pelo não controle da pressão e diabetes corretamente, abandono de tratamento por alguns usuários .Mas com sua realização,nossa equipe de saúde alcançou um incremento da mobilidade de assistência para as consultas médicas e de enfermagem, incrementando nossas atividades de produção e fazendo o cadastro completo atualizado e individual de cada usuário que apresenta hipertensão e/ou diabetes de cada micro área, melhorando o agendamento e registro completo, assim como melhorando o acompanhamento individual, preenchimento do prontuário, cartão de vacina, realização de exames médicos e laboratoriais, assim como baixar as taxas de usuários com ausência a consultas, e visualizou a otimização da agenda para o atendimento da demanda espontânea diariamente.

A intervenção teve um impacto positivo na comunidade sendo que as pessoas estão falando coisas muito bonitas de nossa equipe e conseguindo incrementar a procura para marcar uma consulta médica ou de enfermagem em qualquer momento representando um incremento do total dos atendimentos médicos de grande importância para a comunidade. A intervenção ainda não é conhecida pelo total de moradores e a equipe pensa que depois de algum tempo haja aceitação por todos os moradores da comunidade. Os hipertensos e diabéticos demonstram satisfação com a prioridade no atendimento médico e estão agradecidos da qualidade de suas consultas, porém as vezes, gera alguma insatisfação por outros membros da comunidade que desconhecem o motivo de sua realização. A intervenção representou uma grande importância para a comunidade já que todos os hipertensos e diabéticos se encontram já cadastrados podendo dizer que temos uma taxa de cobertura completa, além de continuar fazendo o cadastramento diante da possibilidade de surgimento de casos novos ou moradores de outra comunidade que decidam morar na nossa área.

A intervenção poderia ter sido facilitada se, desde a análise situacional, tivesse discutido as atividades para fazer com a equipe fizesse o contato com as lideranças da comunidade antes do começo da intervenção para incrementar a sensibilidade da comunidade e dos líderes para ajudar a nossa equipe na procura dos usuários faltosos. Também faltou melhorar antes do começo um contato com as lideranças das organizações políticas, secretário de saúde, líderes políticos da comunidade fazendo explícitos os critérios para a priorização do atendimento para os hipertensos e diabéticos, assim como a implementação nas atividades de rotina de nossa equipe de saúde. Agora que estamos já no fim da realização da mesma, minha equipe está decidida a continuar fazendo a intervenção fazendo da mesma como parte de nossa rotina de trabalho para continuar melhorando a saúde de nossos hipertensos e diabéticos.

A intervenção está sendo incorporada a rotina do serviço, para isto a equipe vai fazer um incremento da conscientização da comunidade em relação a necessidade de priorização do atendimento médico e de enfermagem para hipertensos e diabéticos com prioridade para altos riscos. Com a intervenção vamos melhorar a alta taxa de complicações que aparecem nos usuários que tem um mau acompanhamento médico para melhorar nossos indicadores.

A equipe de saúde a partir do próximo mês com a dentista em nossa unidade está planejando fazer um processo de recuperação das avaliações odontológicas de nossos hipertensos e diabéticos sendo um indicador no qual apresentamos dificuldades já que a mesma não se encontrou presente durante todo o tempo da intervenção por problemas pessoais, além que agora teremos completa nossa equipe e vamos ter maior força de trabalho, já que temos um agente comunitário de saúde para cada micro área e pretendemos continuar o processo de busca ativa dos usuários faltosos a consulta e ampliar a cobertura para hipertensos e diabéticos novos.



Figura 25. Atividades com a comunidade ações educativas, trocas de experiências entre medico e usuários com hipertensão e diabetes

## **5 Relatório da intervenção para gestores**

Este projeto de foi estruturado para ser desenvolvido no período de 03 (três) meses, na UBSF S21, Manaus/AM, por meio do curso de especialização em saúde da família da Universidade Federal de Pelotas tivemos a opção de escolher uma ação programática para intervir. Desde que comecei na UBSF fiquei atento às doenças crônicas não transmissíveis, encontrando maior índice na Hipertensão e Diabetes, e muito me preocupava por não termos um programa de atendimento adequado e em perfeito funcionamento ao acompanhamento dos dados atuais dessa população e de poder avaliar seu comportamento no município.

Começamos fazendo uma análise situacional demonstrando a necessidade de seguir o protocolo preconizado a ser implantado conforme as recomendações do Ministério da Saúde. Foi recomendado um conjunto de metas com prazo de cumprimento com um cronograma de execução de 12 semanas.

A gestão deu uma ajuda muito grande para nossa equipe, e realmente melhorou significativamente o processo de cadastro e preenchimento dos dados estatísticos de nossos usuários, permitindo fazer o incremento do processo de cadastramento dos usuários hipertensos e diabéticos, já que ao início da intervenção na unidade de saúde tinha alguns deficiências no cadastramento e seguimento dos usuários, sendo que tinham menos de um 50% de usuários cadastrados, fazendo acompanhamento e assistindo regularmente as consultas.

Durante o transcurso da intervenção melhorou significativamente o processo de cadastro e acompanhamento mediante a programação feita na unidade para marcação de consultas, assim como a realização de visitas domiciliares para fazer o cadastramento dos usuários que não compareceram na unidade depois de um agendamento prévio, sendo que durante o transcurso da intervenção a equipe de

saúde conseguiu fazer o cadastramento dos hipertensos cumprindo da seguinte maneira: no 1º mês 69(11.1%), 2º mês 164(26.4%) usuários e terceiro mês 266 (42,8%) usuários sendo acompanhados e cadastrados todos os usuários durante os três meses da intervenção.

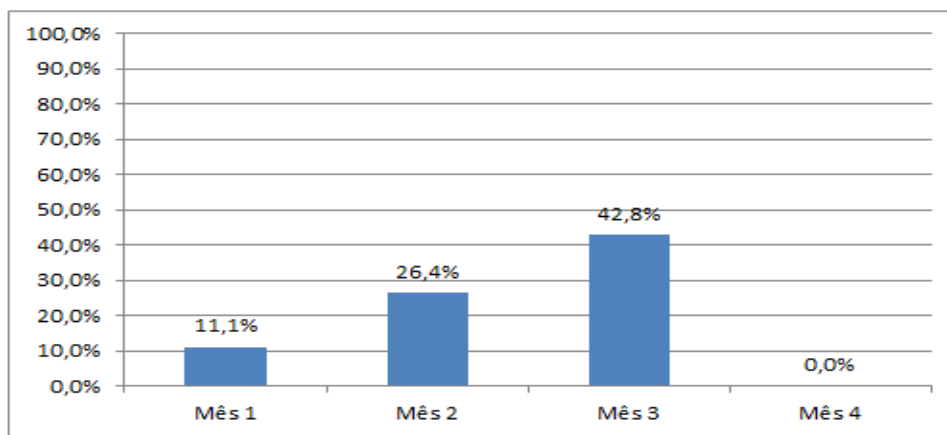


Figura 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde UBSF S21. Manaus /AM, 2015.

Sendo que o cadastramento foi cumprido da seguinte maneira nos diabéticos: 1º mês 36 (22,1%) usuários, 2º mês 68 (41,7%) e 3º mês 98 (60,1%) usuários acompanhados e cadastrados.

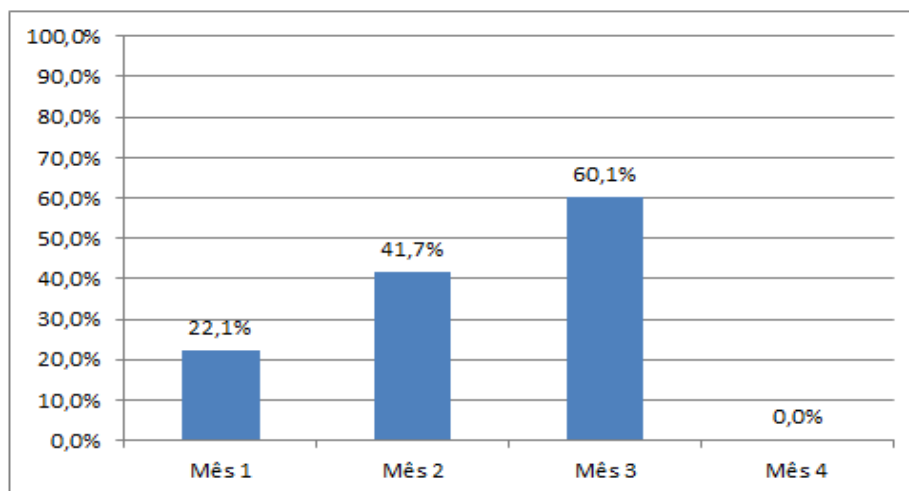


Figura 2 Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde UBSF S21. Manaus /AM, 2015.

Em relação a proporção de hipertensos e diabéticos que apresentaram a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo eu posso

dizer que em minha unidade básica de saúde apresentamos alguns dificuldade com funcionamento da impressora durante 2 semanas da intervenção e pela falta de vagas no SUS para marcação de exames, sendo que nossa equipe se encontra ainda fazendo um processo de acompanhamento na marcação da maior quantidade possível de exames complementares, tendo a facilidade de ajuda dos gestores já que a secretaria de saúde esta ajudando a nossa equipe de saúde em relação com a logística para o processo de marcação de exames médicos com folhas.

Em relação com a satisfação da realização da intervenção para os gestores em nossa área de saúde foi interessante porque moram representantes do distrito de saúde sul onde fica lotada nossa unidade sendo que os mesmos se mostraram muitos agradecidos pelo desenvolvimento de todo o trabalho feito pela equipe de saúde durante as 12 semanas da intervenção, eles puderam perceber a importância e fazem uma avaliação positiva da intervenção, achando de muita importância continuar fazendo já que tem muitas pessoas ainda com muitos problemas de saúde.

A gestão dos representantes foi ótima já que a equipe apresentou problemas na quarta e quinta semana da intervenção em relação a impressora de nossa unidade, pois a mesma ficou sem tinta e nós fizemos o pedido para a secretaria de saúde, tendo em conta que o gestor morava na comunidade e ele tinha interesse na realização da intervenção, foi feita a doação de tinta e folhas para continuar o processo da intervenção em um tempo curto e com isso fiquei mais tranquilo já que isso poderia gerar atraso na marcação de exames.

Considerando também a necessidade para o futuro com a continuidade da intervenção da ajuda dos gestores com materiais para fazer as palestras como canetas, folhas, panfletos, camisas para poder fazer as atividades de promoção e educação de saúde com nossa comunidade para outros programas como saúde da mulher, saúde do home, pré-natal e puericultura.



## **6 Relatório da Intervenção para a comunidade**

Prezados usuários, a equipe de saúde fez um trabalho para a comunidade depois de conhecer os principais problemas de saúde que afetam a população de nossa área de abrangência, e resolvemos trabalhar junto aos Hipertensos e Diabéticos para melhorar o atendimento. Para começar, fizemos um levantamento de todas as pessoas Hipertensas e Diabéticas para manter os dados bem atualizados e conhecer a população.

Portanto, com o início da intervenção a comunidade ganhou um melhor nível de cadastramento, melhorando a situação de saúde de todos, sendo que existem muitos comentários dizendo eles esperam que esse trabalho continue se mantendo como rotina de serviço da unidade. E também que muitos usuários se comprometeram a contribuir para a continuidade e melhorias como suas participações em todas as reuniões, consultas, agendamentos dando suas opiniões e questionamentos.

Os agentes comunitários de saúde devem orientar os usuários quanto ao a importância do acompanhamento regular e esclarecer a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco (como alimentação saudável, a importância da prática de atividade física regular, orientar aos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo e orientação sobre a importância da higiene bucal).

Dos resultados referentes ao trabalho, os usuários confirmam que as principais atividades são as palestras para comunidade, entretanto colocam a situação da deficiência dos recursos materiais como no caso dos panfletos e fazer

as diversas divulgações em diversos pontos da comunidade. Após a implantação do trabalho se possibilitou uma mudança significativa de como a saúde é vista pela população e melhoria na qualidade da assistência as famílias atendidas e precisamos que nossa comunidade tenha comprometimento, dedicação e responsabilidade com consultas médicas.

Minha equipe de saúde agradece a todos nossos moradores da comunidade pela ajuda em poder realizar nosso trabalho, vocês ajudaram muito na busca dos usuários faltosos as consultas médicas, de enfermagem e odontológicas assim como na hora de fazer as visitas domiciliares acompanharam a nossa equipe de saúde para chegar até as moradias que geralmente ficavam fechadas e com dificuldade para o acesso, já que muitas delas ficam dentro do condomínio residencial, com certeza para nossa comunidade nosso trabalho representou uma ferramenta importante no transcurso de nossa intervenção permitindo fazer o incremento do processo de cadastramento dos hipertensos e diabéticos já que ao início da intervenção na unidade de saúde tinha algumas deficiências no cadastramento e seguimento dos usuários sendo que tinham poucos usuários que eram cadastrados, fazendo acompanhamento e assistindo regularmente as consultas.

Sendo que durante o transcurso da intervenção melhorou significativamente o cadastro e acompanhamento mediante a programação feita para marcação de consultas, assim como a realização de visitas domiciliares para fazer o cadastramento dos usuários que não compareceram na unidade depois de um agendamento prévio de uma consulta sendo que durante o transcurso da intervenção a equipe de saúde conseguiu fazer o cadastramento cumprindo dos usuários hipertensos da seguinte maneira: no 1º mês 69(11.1%), 2º mês 164(26.4%) usuários e terceiro mês 266 (42,8%) usuários sendo acompanhados e cadastrados todos os usuários durante os três meses da intervenção. Além de incrementar as atividades para diminuir as complicações mediante a realização das palestras educativas em relação à alimentação saudável, prática sistemática de esportes, importância da higiene bucal, e em relação aos efeitos do tabagismo.

Dessa forma, continuamos contando com o apoio de vocês para que a intervenção tenha a continuidade de forma positiva.

## **7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem**

No começo o meu trabalho no Brasil foi cheio de expectativas ,primeiramente quando começamos com a comunicação utilizando o idioma português onde aprendemos a falar, escrever e escutar os brasileiros, para mim foi uma experiência inesquecível com muito sentimento e desencadeando muitos desejos de trabalhar e obter bons resultados na unidade básica de saúde.

Com o começo do curso em especialização em saúde ,fiquei muito feliz já que teria a oportunidade de participar nos fórum de saúde coletiva e fazer intercâmbios com outros colegas em relação ao desenvolvimento do trabalho em outras unidades de saúde, além do fórum de clinica muito importante para trocas de experiências de trabalho que acontecem no dia a dia nos diferentes estados sendo de grande importância para nós médicos clínicos gerais. Com o transcurso do curso minhas expectativas foram incrementando meus conhecimentos em relação ao SUS, a maneira do tratamento das diferentes doenças em relação aos protocolos de atendimento.

Realmente o curso apresenta uma grande importância para minha carreira profissional já que permitiu adquirir mais conhecimentos, habilidades e incentivando a cada dia o estudo das diferentes doenças que são da região amazônica. A intervenção em saúde para melhorar a situação de saúde das pessoas com hipertensão e diabetes em minha unidade básica de saúde representa uma grande ferramenta do trabalho para minha equipe já que realmente a gente conseguiu melhorar o cadastramento, controle e conhecimento dos usuários em relação a suas doenças, sendo para nossa equipe um trabalho que vai continuar sendo feito como parte da rotina e além de continuar fazendo as atividades de promoção e prevenção de saúde para outros grupos priorizados também pelo ministério da saúde como idosos, gestantes, crianças entre outros.

## Referências

Ministério da Saúde. *Caderno de Atenção Básica* Atendimento ao hipertenso no Brasil **Dr. Ricardo de Oliveira**. Residência em Endocrinologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro Oficial da Força Aérea Brasileira).

Disponível

em:

<<http://www.brasil.gov.br/saude/2012/04/hiperdia.hipertensaoarterial>.

Acessado em: 07/05/2015


Ministério da Saúde. *Caderno de Atenção Básica* Atendimento ao diabético no Brasil **Dr. Ricardo de Oliveira**. Residência em Endocrinologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro Oficial da Força Aérea Brasileira).

Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2012/04/diabetesmellitus>.

Acessado em: 07/05/2015

## **Anexos**

**Anexo A - Documento do comitê de ética**

 <b>UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS</b> <b>FACULDADE DE MEDICINA</b> <b>COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA</b>	
OF. 15/12	Pelotas, 08 de março 2012.
Ilma Sr <sup>a</sup> Pro <sup>fa</sup> Ana Cláudia Gastal Fassa	
<i>Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde</i>	
Prezada Pesquisadora;	
Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e <b>APROVADO</b> por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.	
 Patricia Abrantes Duval Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL	
	

## Anexo B: Planilha de Coleta de Dados

2013\_08\_15 Coleta de dados HAS e DM (Modo de Compatibilidade) - Excel

ARQUIVO PÁGINA INICIAL INSERIR LAYOUT DA PÁGINA FÓRMULAS DADOS REVISÃO EXIBIÇÃO Entrar

L14

Indicadores HAS e DM - Mês 1															
Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está cadastrado no Programa HÍPETERIA?	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada burocracia para o paciente com consultas em anexo?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista de Hipertensão ou da Família?	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento?	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em	O paciente realizou avaliação odontológica?
Orientações de prescrição	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															
18															
19															
20															
21															
22															
23															
24															
25															
26															
27															
28															
29															
30															

Apresentação Orientações Dados da UBS Mês 1 Mês 2 Mês 3 Mês 4 Indicadores

PRONTO

18:52 09/01/2015





## **Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias**

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

\_\_\_\_\_  
Nome

Contato:

Telefone: ( )

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_,  
Documento \_\_\_\_\_ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do declarante